

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Husitská teologická fakulta

SOCIÁLNÍ PRÁCE S LIDMI SE SCHIZOFRENIÍ

Social Work with People with Schizophrenia

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Vedoucí práce

PhDr. Marina Luptáková

Autor

Bc. Marcela Mládková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Marině Luptákové za vedení této práce a za její laskavé rady a podporu. Dále bych chtěla poděkovat všem lidem, kteří se mnou byli ochotni vést rozhovor i těm, kteří mi vyplnili dotazník a dále jej šířili. Jmenovitě bych chtěla poděkovat Mgr. Petru Řehákovi a Mgr. Martině Kárové, odborným pracovníkům z domu u Libuše za jejich cenné rady a připomínky a především také za to, že mi umožnili uskutečnit rozhovory s některými ze svých klientů. Poděkování patří také Mgr. Aleně Lhotové, která mi též poskytla mnoho důležitých informací a podnětů a ochotně se mi věnovala. Také děkuji svému otci Ing. Janu Mládkovi, CSc., své sestře Anně Mládkové a Václavu Daňkovi za osobní podporu a pomoc s technickými a formálními záležitostmi.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jsem jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato diplomová práce byla umístěna v Ústřední knihovně UK a používána ke studijním účelům.

V Praze dne 13. 4. 2012

Marcela Mládková

Anotace

Diplomová práce “Sociální práce s lidmi se schizofrenií” pojednává o možnostech a podmínkách, ve kterých u nás (tedy v České republice – se zaměřením na Prahu) žijí lidé se schizofrenií. Nejprve ve své práci představuji tuto nemoc teoreticky, dále se snažím stručně představit nejvýznamnější sdružení, která u nás, tedy v České republice působí, a která se věnují právě lidem se schizofrenií nebo obecně lidem s duševní nemocí. Pro účely své práce jsem vedla kvalitativně výzkumný rozhovor s pěti lidmi se schizofrenií nebo s podobnou nemocí. Ptala jsem se jich na to, jak se jim žije se zkušeností s duševní nemocí, jakým problémům čelí ve svém životě a také, jak se jim jeví situace péče o lidi s duševní nemocí u nás. Také jsem provedla menší dotazníkové šetření zkoumající povědomí “zdravé populace” o schizofrenii a o jejich vztahu k lidem se schizofrenií.

Annotation

Diploma thesis “Social Work with People with Schizophrenia” deals with possibilities and conditions in which people with schizophrenia live in the Czech Republic – especially in Prague. Firstly I introduce this disease theoretically then I try to briefly present the most important associations which are run here in the Czech Republic and which work with people with schizophrenia or with people with the mental disease in general. For the purposes of my work I made five qualitative explorative interviews with five people with schizophrenia or with similar disease. I asked them how they live with their experience with mental disease how they face their problems in everyday lives and also how they see the situation of the care of the people with the mental disease here in the Czech Republic (in Prague). I also made little questionnaire research examining the awareness of the “healthy population” about schizophrenia and about their relation towards people with schizophrenia.

Klíčová slova

Schizofrenie, psychóza, hospitalizace, socioterapie, case - management

Keywords

Schizophrenia, psychosis, hospitalization, sociotherapy, case – management

Obsah

Poděkování.....	2
Prohlášení.....	3
Anotace	4
Annotation.....	4
Klíčová slova.....	4
Keywords	4
Obsah	5
Úvod.....	8
Hypotéza a podrobnější objasnění záměru práce	9
1. Schizofrenie mezi ostatními duševními nemocemi	13
2. Schizofrenie obecně	15
3. Některá základní fakta (data) o schizofrenii:	18
4. Způsoby léčby.....	20
5. Halucinace a bludy.....	23
5.1. Halucinace	23
5.2. Bludy	23
6. Afektivní příznaky a kognitivní dysfunkce	24
6.1. Afektivní příznaky	24
6.2. Kognitivní dysfunkce	24
7. Diagnostika schizofrenie.....	25
8. Druhy schizofrenie.....	26
9. Průběh nemoci	27
9.1. Nástup schizofrenie	27
9.2. Antipsychotika, compliance při jejich užívání, volba antipsychotik ⁷²	28

9.3. Příznaky schizofrenie – dělení	29
10. Specifika dětské schizofrenie.....	30
11. Specifika krizové intervence u psychotického pacienta	34
12. Návazná zařízení věnující se schizofrenikům.....	40
12.1. Fokus Praha, o. s.....	40
12.2. Green Doors, o. s.	42
12.3. ESET – HELP	42
12.4. O. s. Baobab	44
12.5. Krizová centra v ČR 173	46
13. Sociální práce s lidmi se schizofrenií – právní východiska a základní metodika...	47
14. Rozhovory.....	49
14.1. Záměr a cíl jednotlivých otázek	52
14.2. Rozhovory – závěr.....	73
15. Dotazníkové šetření	74
15.1. Závěr dotazníkového šetření.....	81
Závěr	82
Použitá literatura	83
Knížní zdroje.....	83
Články v periodících	83
Elektronické zdroje	84
Seznam příloh	85
Přílohy.....	86
Příloha č. 1: Rozhovor č. 1.....	86
Příloha č. 2: Rozhovor č. 2.....	105
Příloha č. 3: Rozhovor č. 3.....	119

Příloha č. 4: Rozhovor č. 4 (úryvek).....	139
Příloha č. 5: Vzorový dotazník (nevyplněný)	142
Příloha č. 6: Vzorový dotazník (vyplněný).....	144
Shrnutí (Summary).....	148

Úvod

Schizofrenie jako taková mě zajímá již delší dobu. Mezi ostatními duševními nemocemi je proslulá svou neuchopitelností a mnohotvárností. Pojem *schizofrenie* zná dnes již téměř každý, ovšem správná podrobnější informovanost již tak samozřejmá není.

Schizofrenie, jak je obecně známo, je velikou zátěží nejen pro nemocného, ale zároveň také pro jeho rodinu i širší okruh známých, spolupracovníků a členů dalších sociálních skupin, jichž je nemocný členem. Ostatní skupiny vyjma rodiny zpravidla na schizofrenní onemocnění reagují dříve či později exkluzí čili vyloučením nemocného ze svého středu (v případě takovéto exkluze není samozřejmě jednoduché říci, do jaké míry se nemocný „vyloučil sám“, i kdyby ta která sociální skupina dala ještě nemocnému šanci, je pravděpodobné, že se dříve či později sám „stáhne“). Rodina nicméně, pokud nedojde k dlouhodobější hospitalizaci v psychiatrické léčebně, jen tak svého příslušníka vyloučit nemůže.

Je tedy jednoznačně potřeba pomoci nejen nemocnému, ale i jeho rodině, a v důsledku toho nakonec i celé společnosti.

První významná část péče o takto nemocné patří psychiatrům a zdravotním sestrám, druhá část náleží nejen tedy rodině, ale především všem možným podpůrným organizacím, které pomáhají člověku prodávajícímu duševní onemocnění zotavit se a pozvolna najít či obnovit své místo ve společnosti.

Ve své práci se tedy více než o schizofrenii jako takovou zajímám o to, jak se žije lidem s touto diagnózou potažmo lidem s duševní nemocí obecně. Jaký dopad má tato jejich zkušenost, tedy zkušenost ať už se schizofrenií nebo s poruchou ze stejného okruhu (tedy z okruhu psychóz) nebo třeba s více poruchami najednou, na jejich život. Tedy – jak se jim žije. S čím se potýkají, co je trápí. Co mohou mít za problémy, ať už se jedná o problémy, které mají sami se sebou nebo o problémy s blízkými lidmi nebo s lidmi obecně, tedy s veřejností a vůbec se systémem. Nakolik zvládají „běžný“ život. Nakolik jsou začleněni do společnosti nebo jestli spíše žijí v nějakém svém vlastním světě (nejenom myšlenkovém), „daleko“ od „zdravých“ lidí.

Hypotéza a podrobnější objasnění záměru práce

Je známo, že diagnózy se mohou prolínat, tedy že člověk nemusí mít pouze schizofrenii, ale může mít více diagnóz najednou nebo se mu může během života nějaká další nemoc připojit nebo mohou některé problémy naopak ustát, atd. Také se dnes možná více než dříve ozývají názory, že vlastně všechny diagnózy jsou zkrátka jenom takové „škatulky“, které mají napomáhat orientaci, ale leckdy mohou být spíše na překážku komplexnímu a kreativnímu přístupu k „nemoci“. Otázkou zůstává i to, zda se skutečně jedná o nemoc nebo poruchu. Zda to tak není označováno jenom proto, že se jedná o projevy a fenomény, které pouze nedokážeme pochopit, protože jsme se v průběhu času zkrátka přestali některými věcmi zabývat a dalo by se říci, že jsme je přímo vytěsnili. V některých jiných myšlenkových systémech (filosofiích, náboženstvích) by se třeba některé psychotické projevy daly považovat za cennou, někdy třeba až vyhledávanou duchovní zkušenost. Možná, že by se podobné úvahy lépe uplatnily např. v případě diagnózy „Psychospirituální krize“, nicméně věřím, že ani u ostatních diagnóz, tedy třeba i u schizofrenie a dalších poruch z okruhu psychóz se lidé, kteří jimi „trpí“ nespokojí pouze s oním „biologickým“ výkladem a budou se chtít na svoje „problémy“ dívat komplexněji. Mimo jiné mě tedy zajímalo i to, nakolik je toto u nás možné, vidět v duševních poruchách třeba i nějaký další rozměr. Zda je třeba možné vidět v nich dokonce nějaký smysl. Zda je možné tuto zkušenost nějak zaintegrovat do lidského života a nevidět v tom jen něco nežádoucího, čeho je třeba co nejrychleji se zbavit a zapomenout na to. Jestli mohou vedle sebe existovat oba přístupy – medicínský i alternativní, aniž by si nějak zásadně odporovaly. Na tyto otázky je ale podle mě velmi nesnadné jen tak odpovědět. Na to jsou třeba léta praxe, vlastní zkušenosti, kontakt a konfrontace s různými prostředními, názory a objevy, proto vím, že se musím spokojit zatím spíše s jakýmsi „nakousnutím“ této problematiky. Co ale mohu zkoumat a sledovat hned je právě ten praktický dopad na život člověka s duševní nemocí. Jak tyto lidé žijí, myslí, jak se baví, s kým se přátelí, jak bydlí, jaké mají starosti, co musí všechno řešit (často věci, které my „zdraví“ řešit nemusíme), co je naopak těší, jaké mají vyhlídky do budoucna a podobně.

Svoji práci jsem rozdělila na teoretickou a praktickou (výzkumnou) část. V teoretické části se zabývám schizofrenií jako takovou, přičemž většinou čerpám z prací „klasických“ psychologů a psychiatrů, tedy nikoli z alternativní literatury, která by přinášela nějaké nové pohledy a přístupy. Ne, že by mě tato alternativní „scéna“ nezajímala, spíše naopak, ale

myslím, že to by vydalo na další práci a já jsem si od začátku kladla za cíl spíše držet se „praktické“ stránky věci. Proto jsem se při teoretickém představování schizofrenie držela spíše informací od odborníků, kteří u nás působí nejčastěji a jsou to právě oni, kdo léčí naše pacienty v léčebnách, předepisují jim léky a podobně. Právě proto, že se zabývám tím, jak to u nás skutečně chodí, mi přišlo nejvhodnější čerpat z pohledu lidí, kteří to tady „mají na starosti“ a ne například z pohledu nějakého šamana, který u nás léčí maximálně několik alternativně smýšlejících jednotlivců. O kousek dál se pouštím spíše ve svých úvahách, které se mojí prací prolínají, a které jsou ovlivněny především rozhovory s nemocnými, s pracovníky některých zařízení a mým vlastním postojem k celkové realitě duševní nemoci, tak jak na mě působí coby na laika. Jediným „alternativně“ (přesnější by možná bylo říci: odlišně od většiny) uvažujícím autorem, na kterého jsem při zpracování diplomové práce narazila, je paní prof. Syřišťová, jejíž přístup a způsob uvažování i vyjadřování mě skutečně okouzli. Dále mám povědomí o tom, že existují např. autoři, kteří se snaží do psychoterapie aplikovat určitý filosofický systém, např. Mgr. Petr Kouba, Ph.D., který vychází z filosofie Martina Heideggera, tedy z fenomenologického pohledu a napsal na toto téma knihu *„Fenomén duševní poruchy. Perspektivy Heideggerova myšlení v oblasti psychopatologie“*. Zabývat se těmito pracemi by ale vydalo na další téma diplomové práce a já si tedy bohužel nechávám toto pole ujit.

Nicméně mi přišlo důležité zmínit, že existuje vícero pohledů na duševní poruchy a více přístupů k nim, což se dnes může již také prakticky odrazit na životě nemocného, který pokud je informovaný, má dnes mnohem více možností i v tom ohledu, že může svoje problémy konzultovat nejen s „obyčejnými“ psychiatry a psychology, ale také s různými „alternativci“, tedy s alternativně uvažujícími psychoterapeuty. Do budoucna (i když v této práci na to nebude čas) by mě zajímalo dovědět se co nejvíce o tom, jak to tedy dnes s těmito alternativními možnostmi reálně funguje. Kolik vůbec u nás je skutečných odborníků, kteří by se vyznali, jak v medicíně (konkrétně v psychiatrii) nebo v psychologii a zároveň by byli vzděláni nebo se zajímali o různé alternativní systémy a dokázali by tyto dvě oblasti, řekněme tedy oblast „suché“ medicíny a oblast alternativního přístupu nějak rozumně a smysluplně skloubit, tak aby to bylo především přínosné pro jejich „pacienty“. Dnes totiž často platí, že lidé i přesto, že si uvědomují, že nemohou vycházet pouze ze svého duchovního směřování a vůbec se nezabývat těmi „přízemně“ zdravotními nutnostmi jako je např. užívání léků, zároveň, pokud jejich psychiatr nebo psycholog uvažuje čistě racionálně bez připuštění

jakéhokoli přesahu, jsou zkrátka nespokojení a prostě jim to nestačí a mnohdy takovému člověku ani příliš nedůvěřují. Důvěru by si ale samozřejmě nezasloužil ani „alternativec“, který by se odmítal zabývat nezbytně nutnými okolnostmi nemoci, jako je např. zase to užívání léků nebo nějaký pravidelný denní režim a podobně.

Ve své práci se tedy přirozeně dovídám – ať už z literatury nebo přímo od lidí, kteří si momentálně zkušeností s duševní nemocí procházejí nebo prošli – jaké jsou nebo mohou být potřeby těchto lidí. Na začátku práce jsem netušila, co se během mého pozorování a dovídání se různých faktů objeví. Právě tato potřeba duchovního rozměru v léčbě mě jako studentku teologické fakulty upoutala velmi. Nechci tím tedy upozadřovat další problémy duševně nemocných, jako jsou například problémy finanční, jde jen o to, že právě potřeba duchovního přesahu je tím momentem, kdy si uvědomuji, jak se oba mé obory (tedy psychosociální studia a teologie) vzájemně prolínají.

Dále jsem do teoretické části zařadila také přehled hlavních organizací, které se věnují řekneme „provázení“ lidí s duševní nemocí po tom, co odcházejí z hospitalizace a vrací se do běžného života. Převzala jsem pro tuto sféru obecně užívaný název „návazná péče“.

Také jsem ve své teoretické části trochu „nakousla“ problematiku krizové intervence se zaměřením na specifické situace, ke kterým dochází při kontaktu s psychotickým klientem.

Praktická část zahrnuje pět rozhovorů s lidmi, kteří mají diagnózu schizofrenie nebo podobnou diagnózu. Vzhledem k tomu, že se zabývám zejména dopadem duševní nemoci na život člověka obecně, nejde mi o to, aby všichni dotazovaní měli konkrétně schizofrenii. Nehledě na to, že jak jsem zmiňovala, diagnóza je vždy spíše to „škatulkování“ a v průběhu života to může být s těmi diagnózami složitější.

Do tématu své práce jsem si vybrala schizofrenii, protože se toho o ní ví asi nejvíc a mě osobně velmi zajímá, nicméně v průběhu psaní této práce jsem si uvědomila, že mi nejde o to vydělit „čisté“ schizofreniky a zkoumat je stranou od ostatních diagnóz, ale spíše si dokázat představit život člověka s těžkou duševní poruchou (ať už je to schizofrenie nebo nějaká podobná diagnóza) a vžít se do jeho situace. Držím se tedy ve svém zájmu lidí se schizofrenií nebo s diagnózou z okruhu psychóz, přičemž mi „nevadí“ ani další přidružené diagnózy třeba úplně jiného typu.

Vedle rozhovorů jsem do praktické části zařadila také krátký dotazník (a jeho vyhodnocení), ve kterém se zajímám o to, jaké má „zdravá populace“ povědomí o schizofrenii a jaký je její vztah k lidem se schizofrenií.

Především rozhovory s lidmi se schizofrenií (nebo s podobnou diagnózou) pro mě byly velmi inspirativní a přinesly mi mnoho impulsů k zamyšlení. Já osobně je vnímám jako nejživější část své práce, protože se nejedná pouze o teorii, ale o skutečné a konkrétní svědectví lidí, kteří mají s duševní nemocí přímou zkušenost.

1. Schizofrenie mezi ostatními duševními nemocemi

Schizofrenie patří mezi „psychotická onemocnění“ čili psychózy.¹

Mezi psychotické poruchy patří vedle schizofrenie (F20) také *Schizotypní porucha* (F21), *Trvalé duševní poruchy s bludy* (F22), *Akutní a přechodné psychotické poruchy* (F23), *Indukovaná porucha s bludy* (F24), *Schizoafektivní poruchy* (F25), *Jiné neorganické psychotické poruchy* (F28) a *Nespecifická neorganická psychóza* (F29).²

Psychózy obecně můžeme charakterizovat jako stavy, při nichž dochází k „poruše kontaktu s realitou“.³

Jako psychózu můžeme zpravidla označit „*takové duševní onemocnění, které mění prožívání člověka ve vztahu k okolí a k sobě samému. Během psychotického onemocnění dochází v různé míře ke změně všech základních kvalit našeho duševního života. Změny v myšlení, vnímání a citech dosahují takové intenzity, že člověk nedokáže odlišit, co je skutečné a co není.*“⁴

Pokud bychom si tuto problematiku chtěli zjednodušit, můžeme si také představit „*určité kontinuum, kdy na jednom pólu máme zdravého člověka, pak lidi s různými neurotickými obtížemi a na opačném pólu lidi nemocné psychózou.*“⁵

1 ČEŠKOVÁ, E. in SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie pro psychology a speciální pedagogy*. Praha, Portál 2006, s. 181.

2 Tamtéž, s. 183.

3 Diagnózy:Psychózy. VIDA [online]. 2008.[cit. 2012-02-28].

Dostupné z: <http://vida.ppzdravi.cz/diagnozy/psychozy.html>

4 Tamtéž.

5 Tamtéž.

Podle P. Hartla by se pojem „psychóza“ dal charakterizovat také jako „označení těžkých duševních chorob, při nichž je zpravidla ztracen kontakt jedince s realitou, chybí vědomí nemoci a vnímání a prožívání je těžce deformováno“. Vedle obecného pojmu „psychóza“ vymezuje P. Hartl ještě také specializovanější pojem „psychóza funkční“. Pojmem „psychóza funkční“ můžeme podle Hartla nazývat např. právě „schizofrenii, maniodepresivitu, paranou, paraafrenii aj.“.⁶ Z hlediska psychosociálního dopadu na život nemocného člověka je třeba si uvědomit, že psychóza „**zásadně mění způsob, jakým člověk prožívá sám sebe, ostatní lidi a svět kolem sebe, v němž žije.**“⁷ Doubek, Praško a kol. popisují psychózu jako stav, kdy člověku „Společný svět ustupuje do pozadí a na jeho místo se dostává svět přeludů a fantazií.“ Následkem toho se potom děje to, že se „nemocný trpící psychózou v tomto novém světě uzavírá, odtrhává se od druhých lidí a jejich realita se mu stává cizí“. Z pohledu lidí z nejbližšího okolí se takovýto člověk „chová podivně, nelze se s ním domluvit, jeho projevy v nich často způsobují pocit **ohrožení, viny a zmatku** a podle toho se k němu také nadále chovají“. ⁸ Takto se tedy vyznačují obecně všechna onemocnění z okruhu psychóz. Podle Doubka, Praška a kol., můžeme psychózy rozdělit na organické (ty se vyznačují „zjistitelným poškozením mozkové tkáně“), toxické (zde byla činnost mozkové tkáně ovlivněna „specifickou chemickou sloučeninou, např. LSD, amfetaminem nebo THC“) a funkční (které jsou typické právě tím, že nejsou provázeny „žádným zjistitelným a typickým poškozením nebo ovlivněním mozkové tkáně“), přičemž schizofrenie patří mezi psychózy funkční. Vedle schizofrenie podle těchto autorů patří mezi funkční psychózy dále také: „akutní a přechodné polymorfní psychotické poruchy, porucha s bludy, schizoafektivní porucha a schizotypální poruchy“. Z této skupiny chorob je podle nich právě schizofrenie „nejzávažnějším onemocněním“. Schizofrenie je také ze všech diagnóz v této skupině „nejvíce prozkoumaná a popsána“.⁹

6 HARTL, P. *Psychologický slovník*. Nakl. Budka, Praha, 1994.

7 DOUBEK, P., PRAŠKO, J., HERMAN, E., HONS, J. *Psychóza v životě – život v psychóze. Příručka pro pacienty trpící psychózou a jejich rodiny*. Praha, MAXDORF 2008, s. 10.

8 Tamtéž, s. 10.

9 Tamtéž, s. 11.

2. Schizofrenie obecně

Schizofrenie je duševní nemoc, která určité procento lidí postihuje již od pradávna.¹⁰ Smolík např. podotýká, že o této chorobě patrně existovala zmínka již ve 3400 let starém fragmentu z Ajurvédy. Mluví se tam o „stavu, který je způsoben d'áblem a projevuje se žravostí, oplzlostmi, svlékáním se donaha, ztrátou paměti a nezvyklými způsoby pohybu“. ¹¹

Odborné zkoumání a snaha o definování schizofrenie však přišlo až mnohem později, na konci 19. století. V roce 1896 pojmenoval **E. Kraepelin** toto duševní onemocnění jako tzv. „*Dementia praecox*“, tedy „Předčasná demence“. Kraepelin měl totiž za to, že všechna onemocnění z této skupiny vedou k „*úpadku osobnosti takového stupně, že lze mluvit o demenci*“. ¹² Toto konstatování ale není u schizofrenie vždy úplně pravda, a proto v roce 1911 navrhuje **Eugen Bleuler** pro tuto duševní nemoc nové označení „*schizofrenie*“. Všiml si totiž skutečnosti, že ne každý typ schizofrenie musí nutně vést k demenci, a že výsledný stav onemocnění může být různý. Termínem schizofrenie chtěl vyjádřit, že u takto nemocného člověka dochází k „*rozštěpu, rozpolcenosti a dezintegraci jednotlivých psychických funkcí, zejména myšlení a emotivity*.“ V důsledku takového rozštěpu potom dochází k narušení integrity celé osobnosti nemocného. ¹³

V případě onemocnění schizofrenií dochází tedy k „*poruchám téměř všech psychických funkcí*“. ¹⁴ Konkrétně to znamená „*poruchu myšlení a vnímání*“, dále potom „*oploštělou nebo neadekvátní emotivitu*“ a také „*narušené chování a jednání*“. ¹⁵

10 VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, Portál 1999, s. 177.

11 SMOLÍK, P., 1996 in Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, Portál 1999, s. 177.

12 VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, Portál 1999, s. 177.

13 Tamtéž.

14 ČEŠKOVÁ, E. in SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 181.

15 Tamtéž.

Pokud se ptáme, jak nemoc vzniká, většinou se dá říci, že jde o „*důsledek vzájemného působení dědičných dispozic a vyvolávajících podnětů*.“¹⁶

Dá se tedy říci, že k propuknutí nemoci zpravidla dochází tak, že predisponovaný člověk neustojí konfrontaci se zátěžovou situací, protože je celkově citlivější a málo odolný vůči stresu, a tato zátěžová situace se potom stává *spouštěčem* nemoci. Obecně platí, že člověk dědičně predisponovaný ke schizofrenii mívá nižší frustrační toleranci.¹⁷

Stává se tedy, že situace pro běžného člověka zvládnutelná, na člověka s předpoklady ke schizofrenii zapůsobí tak, že u něj nemoc propukne. „*Takovou zátěží může být například určitý neúspěch, odmítnutí partnerem, zklamání z nenaplnění nějaké představy, odloučení od rodiny, nová role (např. vstup do zaměstnání), úmrtí blízkého člověka atd.*“ Může tedy jít o „*cokoli nového, odlišného od dosavadního stereotypu.*“ Co je tedy zřejmé u všech těchto rozmanitých zátěžových situacích je to, že *reakce* nemocného na ně je nepřírozená. Můžeme tedy říci, že „*problém nespočívá v zátěži, ale ve způsobu, jakým ji jedinec zpracuje.*“¹⁸

Nejčastějším přístupem, tedy jakýmsi „názorem“ na to, jak vzniká schizofrenie, je dnes zřejmě tzv. „*multifaktoriální přístup*“.¹⁹ Podle Českové jde tedy zejména o tyto příčiny: hlavně o jakousi vnitřní zranitelnost (vulnerabilitu), dále jsou ve hře příčiny psychosociální (např. traumatizující životní události) a dále jsou tu také faktory biologické, tzn. náš metabolismus a biochemismus – ty jsou u každého z nás trochu jiné.²⁰

16 VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 177.

17 Tamtéž.

18 Tamtéž.

19 ČEŠKOVÁ, E. in Sociální práce 1/2008. *U řady duševně nemocných můžeme dosáhnout návratu do běžného života, tvrdí přednostka psychiatrické kliniky*, s. 23.

20 Tamtéž.

Podíl těchto faktorů u konkrétního pacienta nemůžeme přesně určit. Češková také vysvětluje, že velkou nevýhodou psychiatrie donedávna bylo, že nebylo možné se do mozku živého člověka nějakým způsobem podívat. Dnes již takové metody existují, ale jsou stále příliš drahé na to, aby se daly používat u každého dalšího pacienta, který přijde s duševními problémy. Tyto možnosti nicméně pomohly získat důležité poznatky, například díky těmto metodám už dnes víme, že „*mozek člověka s duševní poruchou je poněkud odlišný od [mozku] člověka zdravého*“. Nyní tedy podle Češkové „*duševní poruchy považujeme za poruchy mozku*“.²¹

Protože tedy různé rentgenové metody na vyšetření mozku jsou velice drahé a není možno s nimi vyšetřit každého nově nemocného člověka, musíme si prozatím v konkrétních případech vystačit s *pozorováním* typických příznaků a dovídat se o charakteru a druhu nemoci prostřednictvím rozhovoru s klientem.²²

Příznaky zde máme na mysli jednoduše „*projevy poruchy základních psychických funkcí (tj. poruchy myšlení, vnímání, emotivity, paměti a inteligence)*“.²³

Je dobré podotknout hned ze začátku, že schizofrenii nelze charakterizovat příliš jednoznačně, a proto je lepší o této duševní nemoci hned zkrájí říci, že se jedná spíše o „*skupinu poruch, které se v některých symptomech shodují*.“²⁴

21 CEŠKOVÁ, E. in Sociální práce 1/2008. *U řady duševně nemocných můžeme dosáhnout návratu do běžného života, tvrdí přednostka psychiatrické kliniky*, s. 23.

22 Tamtéž.

23 Tamtéž.

24 VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese. Rozšířené a přepracované vydání*. Praha, Portál 2008, s. 334.

3. Některá základní fakta (data) o schizofrenii:

Schizofrenie nejčastěji **vzniká** ve věkovém intervalu **od 16 – ti do 25 – ti let.**²⁵

Je to proto, že právě v této době dochází v životě člověka k mnohým změnám. Člověk musí přijmout zodpovědnost nových rolí – např. jde o roli partnerskou nebo o roli zaměstnance, vystavuje se mnohým nejistotám a ne vždy a ne samozřejmě tento svůj úkol nakonec také zvládá. Dříve nebo později člověk také opouští svojí původní rodinu, přičemž tato okolnost také přináší zásadní životní změny, které mohou být jedincem vnímány ne zcela pozitivně.²⁶

Ve svém doplněném vydání *Psychopatologie pro pomáhající profese* z roku 2008 paní profesorka Vágnerová uvádí poněkud širší interval, a to „rozmezí 15 – 35 let“, avšak, co zůstává celkem jednoznačné je horní věková hranice možnosti propuknutí nemoci. Nemoc se podle Vágnerové může objevit i **v pozdějším věku**, a to až zhruba **do 45 – ti let.**²⁷

Dále je také známo, že u výskytu této nemoci nehraje žádnou roli ani pohlaví, stejně jako nehraje roli zeměpisná šířka, národnostní příslušnost ani rasa. Onemocnění se tedy objevuje u žen i mužů zhruba stejně často. Ve svém rozšířeném vydání prof. Vágnerová akorát upřesňuje, že u žen nemoc propuká o něco později.²⁸

Již zmiňovaný Eugen Bleuler rozlišoval čtyři primární příznaky schizofrenie, které jsou obecně známé pod názvem „čtyři A“. Jsou to: porucha asociací, porucha afektivity, ambivalence a autismus.²⁹

25 VÁGNEROVÁ, M. podle ZVOLSKÉHO, 1996 in *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, Portál 1999, s. 177.

26 Volně podle VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, Portál 1999, s. 177 – 178.

27 VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese. Rozšířené a přepracované vydání*. Praha, Portál 2008, s. 334.

28 Tamtéž.

29 Tamtéž.

Německý psychiatr Kurt Schneider v roce 1957 přichází s dělením na příznaky prvního a druhého řádu. Příznaky prvního řádu jsou podle něj např. ozvučování myšlenek, ovlivňování myšlenek (kdy se pacient domnívá, že mu někdo myšlenky bere nebo mu je naopak vnucuje, zkrátka, že je s jeho myšlenkami nějakým způsobem manipulováno), bludné vnímání (rozhovory, komentáře k jeho vlastnímu jednání), pocity tělesného ovlivňování nebo pocity ovlivňování dalších psychických procesů (např. citů a vůle).

S poruchou myšlení souvisí také změny v sebehodnocení a změny ve verbálním projevu. Nemocný schizofrenií se velmi špatně orientuje nejen sám v sobě, ale i v okolním světě. Pro to, co se kolem něj aktuálně děje, nachází pomocí bludné interpretace vlastní vysvětlení. Vágnerová (1999) uvádí příklad člověka, který si myslí, že pokud teď zrovna prší, nikdy už pršet nepřestane a bude potopa.³⁰

*„Schizofrenní nemocní vylučují náhodu, uvažují magicky a hledají souvislosti tam, kde nejsou. Potřebují, aby bylo všechno jednoznačně vysvětleno a aby měl takový závěr obecnou platnost. Za těchto okolností se cítí jistěji a bezpečněji.“*³¹

Snížená schopnost vyznat se sám v sobě vede někdy až k tomu, že se takto nemocný člověk může považovat za někoho jiného, např. třeba za „*pana Williamse, který žije již 700 let.*“³²

Může si také myslet, že je nadán nějakými nereálnými schopnostmi. A pokud zrovna nemocný nepřičítá nadpřirozené schopnosti sám sobě, může je připisovat svému okolí.³³

Verbální projev se také pomalu nevyhnutelně mění společně s myšlením. Nutně odráží stav vědomí nemocného člověka. Extrémní variantou narušení verbálního projevu je tzv. „slovní salát“. Znamená to, že se nemocný vyjadřuje už naprosto nesouvisle, a že mezi jednotlivými slovy neexistuje žádná spojitost.³⁴

30 VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, Portál 1999, s. 178 – 179.

31 Tamtéž, s. 179.

32 Tamtéž.

33 Tamtéž.

34 Tamtéž.

4. Způsoby léčby

Základní způsoby léčby známe podle prof. Češkové³⁵ v zásadě tři – 1. Psychoterapii, 2. Biologickou léčbu (psychofarmaka) a za 3. Stimulační metody (elektrokonvulzivní metoda, laicky: „šoky“).

V dnešní době už existují i některé „*nové modifikace stimulačních metod, jako například repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS)*“.³⁶

Mezi **PSYCHOFARMAKA** patří (pro ujasnění) **antidepresiva**, **antipsychotika** (právě ta se užívají mimo jiné k léčbě schizofrenie), **anxyolitika** (léky na snížení úzkosti) a **hypnotika** (léky na spaní).

Pokud se týká elektrošoků – obecné povědomí o nich je spíše negativní. Lidé se jich často spíše bojí.³⁷ Tato obava ale pramení především z neinformovanosti a zkreslených představ, které míváme např. z filmů.³⁸

Vzápětí vysvětluje (Češková), že dnes to chodí tak, že se šoky provádí v celkové anestézii a jediné, co si pacient uvědomuje je injekce před zákrokem. I přes velké úspěchy, které v moderní době slaví psychofarmaka, někdy to stále ještě bez elektrošoků nejde. Češková tuto metodu hájí jako velmi účinnou a vysvětluje, že „*jejich nové modifikace již jenom stimulují určité části mozku*“. Jedná se právě o takové části mozku, které „*jsou podle našeho předpokladu zodpovědné například za poruchu emocí ve smyslu deprese*“. Tyto nové modifikace lze již provádět „*ambulantně bez anestézie*“.³⁹

35 ČEŠKOVÁ, E. in Sociální práce 1/2008. *U řady duševně nemocných můžeme dosáhnout návratu do běžného života, tvrdí přednostka psychiatrické kliniky*, s. 23.

36 Tamtéž.

37 Tamtéž.

38 Prof. Češková se zamýšlí, že jedním z „viníků“ těchto neodpovídajících představ by mohl být film Miloše Formana – „*Přelet nad kukaččím hnízdem*“. Tamtéž, s. 24.

39 Tamtéž.

Dnes asi už obecnou tendencí je snaha kombinovat psychologickou a biologickou léčbu. Jedna bez druhé se dnes už téměř ze zásady nedoporučuje. Nejenom, že je jasné, že není možné pacienta pouze „narvat prášky“ a potom ho nechat bez povšimnutí. Zároveň ale téměř každý odborník na duševní poruchy, a zvláště pokud se týká duševních nemocí z okruhu psychóz, varuje, že sebeúčinnější a seberychleji výsledky přinášející psychoterapie, aniž by byla doprovázena vhodnou a individuálně konzultovanou medikací, je přinejmenším velice riskantní a naděje na uzdravu nejsou příliš velké.⁴⁰

Češková dále zmiňuje trend poslední doby, kdy se propaguje také „*spoluúčast nemocného na rozhodování o léčbě*“.⁴¹ Zvláště pokud se jedná o dlouhodobé užívání (a tak je tomu velmi často), měl by pacient mít možnost do výběru léků také mluvit. Už vzhledem k tomu, že každý z léků má jiné vedlejší účinky a pacient musí vyhodnotit, které vedlejší účinky je ještě schopen a ochoten „zkousnout“ a které už konkrétně pro něj zkrátka nepřicházejí v úvahu.⁴² (Např. kdyby vedlejším účinkem byla nadváha, pro těžce obézního pacienta by to mohl být již téměř život ohrožující problém, kdežto pro pacienta, který byl odjakživa štíhlý a nemá tendenci příliš přibývat na váze, by to až taková překážka nebyla a naopak by pro něj bylo velkým ohrožením něco jiného.)

Pokud se týká otázky možnosti uzdravení se z duševní nemoci, prof. Češková na ni odpovídá tak, že „*Pokud bychom uzdravu definovali jako návrat do běžného života za dodržování určitých podmínek, pak u řady nemocných můžeme uzdravy dosáhnout.*“⁴³

40 Velmi volně např. podle: VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese. Rozšířené a přepracované vydání.* Praha, Portál 2008, s. 344. (Alespoň podle mého chápání textu, prof. Vágnerová léčbu bez psychofarmak ani na chvíli nepřipouští, resp. se domnívám, že by takovou léčbu (soudím podle kontextu) pokládala za naprosto neúčinnou.)

41 ČEŠKOVÁ, E. in *Sociální práce 1/2008*, s. 24.

42 Tamtéž.

43 Tamtéž.

Ohledně hospitalismu - tedy jakéhosi syndromu, kdy dlouhodobý pobyt v nemocnici / v léčebně má na nemocného negativní dopad – hlavně psychický a také sociální (jedná se tedy o další obtíže vedle primárních příznaků choroby, se kterou se nemocný potýká) – prof. Češková říká, že v současné době se zatím s tímto fenoménem nedá reálně nic dělat. Těžce duševně nemocným lidem nelze zatím mimo prostory nemocnicí a léčeben vybudovat a zajistit prostředí srovnatelně vybavené a bezpečné.⁴⁴

Rodinám nemocných prof. Češková radí, aby v akutní fázi nic nemocnému nerozmlouvali (bludy a halucinace) a byli mu především oporou.⁴⁵

Po návratu z hospitalizace je třeba snažit se nemocného pokud možno co nejdříve a nejlépe navrátit do normálního života. Češková říká, že právě toto je velká výzva pro rodinu, protože právě rodina je tou nejvýznamnější spojnici / prostředníkem mezi světem a nemocným.⁴⁶

Vzhledem k tomu, že „*veřejné mínění se stále psychických poruch tak trochu bojí*“, na koho jiného by se po návratu měl duševně nemocný člověk obrátit než na svou rodinu. Pokud je to alespoň jen trochu možné, měla by panovat snaha „*udržet nemocného v zaměstnání*“ a „*udržet mu jeho sociální kontakty (přátele, známé)*“. Také bývá zapotřebí jistá ostražitost rodiny, protože se mohou znovu navrátit známky nemoci a v takovém případě je třeba, aby nemocný neotálel a znovu vyhledal lékaře a vše s ním probral, a v případě nutnosti aby souhlasil i s další hospitalizací. Pokud v tomto ohledu na nemocného „dohlédne“ i rodina, rozhodně to není na škodu. Varovné signály se nesmí zanedbávat.⁴⁷

Pozitivní celosvětovou tendencí je zakládání nejrůznějších „*sdružení rodinných příslušníků nemocných s duševními chorobami*“. Tyto skupiny se potom snaží společně prosazovat „*adekvátní péči o duševně nemocné na úrovni státní a politické*“.⁴⁸

44 ČEŠKOVÁ, E. in SP 1/2008, s. 24.

45 Tamtéž.

46 Volně podle téhož.

47 Volně podle téhož.

48 Tamtéž.

5. Halucinace a bludy

5.1. Halucinace

Obecně nejznámějšími příznaky schizofrenie jsou *halucinace*. Nejčastějšími halucinacemi jsou halucinace **sluchové**. Pacient většinou slyší hlasy, které se baví o něm, ne s ním. Je tedy středem pozornosti.⁴⁹ Často nějakým způsobem komentují jeho jednání nebo mu něco přikazují. Obzvláště druhá možnost může být pro pacienta velmi ohrožující. Hlasy mu mohou našeptávat, že „musí“ udělat něco sobě nebo ostatním lidem ve svém okolí. Pokud nemocný nebere léky, existuje riziko, že bude příkazy hlasů plnit a ohrožovat tak sebe nebo ostatní. Kvůli tomuto riziku je někdy nutné ubytovat člověka vykazujícího tyto příznaky na uzavřeném oddělení psychiatrické léčebny.⁵⁰ Méně častými jsou potom halucinace **zrakové**, **čichové**, **chuťové** či např. **hmatové**.⁵¹ Zpravidla není možné pacientovi vysvětlit, že to, co slyší nebo vidí, není skutečné. Jednalo by se o příliš velké narušení jeho ustáleného chápání světa, které mu právě halucinace spolu s bludy usnadňují. Nemocný člověk tedy není ochoten ani schopen přijmout skutečnost, že se jedná pouze o „vymyšlené“, nereálné jevy. Jediné, čeho by se dalo vymlouváním halucinací a bludů docílit by byla zvýšená nedůvěra, možná až agrese vůči osobě „vymlouvače“. Proto je samozřejmě účinnější nemocnému nic nevysvětlovat a raději počkat až zaberou příslušné léky.⁵²

5.2. Bludy

Podle Vágnerové můžeme blud chápat jako „*privátní, mylné a zpravidla nevyvratitelné přesvědčení, které zásadním způsobem ovlivňuje jednání člověka*“. ⁵³ Stejně jako u halucinací zde platí, že vymlouvání by mohlo vyvolat „*agresivní reakci, protože nemocný se za těchto okolností cítí ohrožen*“. ⁵⁴

49 Volně podle: VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. s. 177 – 179.

50 Volně podle téhož.

51 Tamtéž.

52 Volně podle téhož.

53 VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese. Rozšířené a přepracované vydání*. Praha, Portál 2008, s. 338.

54 Tamtéž, s. 339.

6. Afektivní příznaky a kognitivní dysfunkce

6.1. Afektivní příznaky

Jedním z nejcharakterističtějších afektivních příznaků u schizofrenního onemocnění bývá deprese, zejména v počáteční fázi nemoci. Deprese je ze začátku pouze součástí akutní psychotické ataky. Teprve po odeznění ataky se deprese dostává do popředí. Tento jev se odborně nazývá „postpsychotická deprese“. ⁵⁵ Postpsychotická deprese je velmi nebezpečná. Dokládá to i fakt, že „Až 10% nemocných se schizofrenní poruchou spáchá suicidium.“ ⁵⁶ V mnoha případech schizofrenního onemocnění jsou to právě negativní příznaky (mezi něž patří i deprese), které ještě spolu s tzv. „kognitivní dysfunkcí“ způsobují, že se nemocní trpící schizofrenií nemohou zařadit do normálního vztahového života a nemohou uspět na pracovním trhu. Právě negativní příznaky jsou spolu s kognitivní dysfunkcí „refrakterní“ komponentou, tzn., že často vůbec nebo skoro vůbec nereagují na léčbu. ⁵⁷

6.2. Kognitivní dysfunkce

Podle Češkové je to právě kognitivní dysfunkce, která je považována za „jádrový příznak“ schizofrenie. Tento významný příznak je u člověka, který onemocní schizofrenií přítomen již před jednoznačným propuknutím nemoci a je také považován za „hlavní příčinu sociální maladaptace po odeznění pozitivních příznaků“. ⁵⁸ Když mluvíme o kognitivní dysfunkci, máme tím na mysli „narušení poznávacích schopností“. Obecně lze říci, že kognitivní funkcí, která bývá u schizofrenie postižena nejvíce je **paměť** a dále potom **pozornost** coby „komplexní komponenta ovlivňující ostatní psychické funkce“. „Paměťové funkce“ zpravidla mívají „širokou škálu postižení“. Problematika paměti se velmi blízce týká učení. Problémy se ukazují hlavně u učení verbálního. ⁵⁹

55 ČEŠKOVÁ, E. in SVOBODA, ČEŠKOVÁ, KUČEROVÁ. *Psychopatologie a psychiatrie pro psychology a speciální pedagogii*, s. 185.

56 Tamtéž.

57 Tamtéž.

58 Tamtéž, s. 184.

59 Tamtéž.

7. Diagnostika schizofrenie

(především podle Kučerové)

Často se jedná o tzv. *diferenciální diagnostiku*, tedy o potřebu rozhodnout, zda vyšetřovaný trpí psychózou nebo poruchou osobnosti.⁶⁰ Vedle rozhovoru, projektivních osobních testů a eventuálně dotazníků je především důležité zjistit aktuální stav kognitivních funkcí. Hodnocení stavu kognitivních funkcí nebývá ale vždy snadné. Svou roli zde hraje např. kvalita vztahu mezi pacientem a vyšetřujícím odborníkem, dále také míra motivace pacienta, míra úzkosti spojená s testovou situací, kvalita pozornosti a další okolnosti, které se mohou kdykoli v průběhu testování měnit a nedají se předem předvídat. V paměťovém testu je např. těžké rozlišit úroveň paměti a kvalitu pozornosti.⁶¹

Jiným případem diferenciální diagnostiky může být také situace, kdy není zpočátku úplně jasné, zda se jedná o psychózu nebo o psychospirituální krizi, která se v poslední době začíná právoplatně řadit mezi nemoci.⁶² V souhrnu by se dalo říci, že Vančura ve svém přehledu, kde rozlišuje mezi schizofrenií a psychospirituální krizí uvádí, že schizofrenie má oproti psychospirituální krizi specifický nástup, délku a průběh trvání a také po odeznění je vývoj jiný. Např. pokud se týká délky onemocnění, tak o schizofrenii píše, že její „*symptomy trvají déle než 4 týdny*“ a onemocnění je většinou chronické, zatímco symptomy psychospirituální krize většinou trvají „*od několika minut po několik měsíců, akutní náběh symptomů během tří měsíců nebo méně*“.⁶³

Následně po vyšetření si psycholog klade různé otázky. Např.: „***Do jaké míry a jakým způsobem ovlivňuje kognitivní deficit sociální dovednosti a kvalitu života nemocných?***“⁶⁴

60 KUČEROVÁ, H. in SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie pro psychology a speciální pedagogy*, s. 190.

61 Tamtéž, s. 191.

62 VANČURA, M. in VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence. Krize v životě člověka. Formy krizové pomoci a služeb*. s. 334 – 338.

63 VANČURA, M. podle Lukoffa in VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence...* (viz. předchozí pozn.), s. 338.

64 KUČEROVÁ, H. in SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie pro...* (viz. pozn. 60), s. 191.

8. Druhy schizofrenie

Schizofrenie se dělí na různé klinické formy podle převažujících psychopatologických příznaků.

- *Paranoidní schizofrenie* Nejběžnější typ schizofrenie. Poměrně snadno diagnostikovatelná. Dominují při ní bludy doprovázené halucinacemi (nejčastěji jsou to halucinace sluchové – hlasy, které pacientovi něco přikazují nebo mu něčím hrozí).
- *Hebefrenní schizofrenie* Tento typ schizofrenie začíná nejčastěji během dospívání a časně dospělosti. Chování je „nepřiléhavé“, nepředvídatelné a neodpovědné. Často se objevuje tzv. „manýrování“ a emoce. K hebefrenní schizofrenii patří také nesouvislý verbální projev. Bludy a halucinace zde nejsou dominantními projevy.
- *Katatonní schizofrenie* Tento druh je charakteristický především poruchami motoriky. Objevuje se zvýšená až bezcílná motorická aktivita, grimasování, manýrování (toto vše v případě produktivní formy) nebo se naopak může objevit stupor (negativní forma). K dalším příznakům patří také stereotypní verbální projev a chování.
- *Nediferencovaná schizofrenie* Svými příznaky neodpovídá ani jedné ze zatím známých schizofrenií. Může v sobě zahrnovat symptomy té i oné schizofrenie, přičemž je těžké určit, který symptom je více v popředí či který převažuje.
- *Reziduální schizofrenie* Takto se označuje chronický stav, který nadále přetrvává po odeznění akutních příznaků ataky. Lidé trpící reziduální formou schizofrenie se zpravidla chovají podivínsky a zanedbávají sebe i své okolí.
- *Simplexní schizofrenie* se projevuje postupným stažením, redukcí vůle a oploštěnou emotivitou.⁶⁵

65 VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 181.

9. Průběh nemoci

Již před propuknutím nemoci, takzvaně „prodromálně“ můžeme vypožorovat určité příznaky nadcházející nemoci. Nastupující nemoc můžeme poznat například podle nápadnějšího vázání se na nejbližší osoby, nemocný začíná být nápadně méně samostatný. Fixuje se na známé lidi a na známá místa. Objevují se také komplikace v mezilidských vztazích. Jedinec se sice na některé lidi začíná více vázat, na druhou stranu má ale tendenci právě tyto lidi, na kterých se stává závislý shazovat a být k nim zvýšeně kritický. Jedná se tedy o jakousi ambivalenci v těchto vztazích.⁶⁶ Lidé v prodromální fázi začínají mít potíže se zpracováváním nových informací. Jedním z nejjasnějších ukazatelů blížícího se propuknutí nemoci bývá „*nápadné zhoršení výkonu*“ v zaměstnání.⁶⁷

9.1. Nástup schizofrenie

Léčbu schizofrenie můžeme rozdělit do několika fází.⁶⁸

1. fáze: *Akutní léčba*

Nejprve je třeba odstranit tzv. pozitivní příznaky. Agitovanost, agresivitu a hyperaktivitu lze odstranit během několika hodin nebo dní. Pokud se týká halucinací a bludů – jejich ovlivnění už trvá déle. Ale i zde se předpokládá zlepšení během několika dní.⁶⁹ Úkolem psychosociální intervence je především zmírnit stres, zajistit nemocnému strukturované prostředí, toleranci, podporu a jasnou komunikaci. Pokud to stav nemocného dovoluje, měli bychom mu podat přiměřené informace o jeho léčbě a „*měl by být povzbuzován ke spolupráci*“.⁷⁰

66 VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 181.

67 Tamtéž, s. 182.

68 Rozdělení a názvy fází převzaty z: ČEŠKOVÁ, E. in SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie pro psychology a speciální pedagogy*, s. 195.

69 Tamtéž.

70 Tamtéž.

2. fáze: *Fáze stabilizace*

Cílem této fáze je snaha o udržení získaného zlepšení. Zatím nemáme příliš velké ambice, pokud se týká zapojování nemocného do běžného života. Snažíme se spíše udržet pozitivní výsledky, kterých se nám podařilo dosáhnout během předchozí fáze. Užívání antipsychotik je i nadále nezbytnou podmínkou! Psychosociální intervence by měla být spíše podpůrná, méně strukturovaná a méně direktivní.

3. fáze: *Fáze stabilní*

Nyní je naším cílem především prevence tzv. relapsu, dosáhnutí remise a zároveň i jejího následného udržení. Farmakoterapie v tomto období spočívá v udržovací léčbě, tzn. v minimálním účinném dávkování. Psychosociální intervence by se v tuto chvíli měla zaměřit především **na rodinu**. Nemocného se snažíme pokud možno pracovní zapojit – najít mu chráněné zaměstnání, případně se s ním pokusit o nácvik nějakých nových nebo již zapomenutých dovedností.⁷¹

9.2. Antipsychotika, compliance při jejich užívání, volba antipsychotik⁷²

Podle Češkové „*Základem léčby zůstávají antipsychotika (AP), v současné době jsou preferována AP II. Generace (atypická)*.“ Hlavní výhodou nového typu antipsychotik je především fakt, že mají příznivější vliv na negativní a afektivní příznaky. (Tamtéž). AP II. generace jsou „*lépe snášena, zlepšují kvalitu života, zvyšují spokojenost pacienta a snižují potřebu zdravotní péče*.“ Preparáty, které jsou nám v současné době k dispozici, se od sebe liší svým tzv. „*farmakologickým profilem*“, což znamená, že mají každý různé spektrum vedlejších příznaků.⁷³

71 ČEŠKOVÁ, E. in SVOBODA, ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie...*, s. 196.

72 Volně z obdobných kapitol u Češkové (viz. předchozí poznámka), s. 197 – 198.

73 Stále tamtéž.

Některá AP mohou například zvyšovat hmotnost nebo mohou být spojena s vyšším rizikem rozvoje diabetu druhého typu. Při individuální volbě konkrétního léku je velmi důležitá snášenlivost preparátu. Při volbě antipsychotika je podstatná mimo jiné i jeho cena. Do ceny bychom měli zahrnovat také potenciální náklady na „*somatická vyšetření, respektive i léčbu somatických komplikací léčby*.“⁷⁴

9.3. Příznaky schizofrenie – dělení

Již více či méně obecně známé je také dělení schizofrenních příznaků na příznaky „*pozitivní*“ a příznaky „*negativní*“. Pozitivní neboli „*psychotické*“ příznaky jsou podle Českové „*nejčastější příčinou hospitalizace*“.⁷⁵

Do kategorie psychotických příznaků patří „*halucinace (poruchy vnímání), bludy a dezorganizace (poruchy myšlení) s konsekvencemi v jednání nemocného*“.⁷⁶

Negativní příznaky znamenají naopak „*ochuzení psychiky, nejvýrazněji v emotivitě a volní složce*“. Patří sem zpravidla „*apatie, ztráta motivace a prožitku radosti, sociální stažení, ochuzení řeči a myšlení*“. Jsou to právě negativní příznaky, které bývají „*zodpovědné za funkční neschopnost a špatnou kvalitu života*“.⁷⁷

74 ČEŠKOVÁ, E. in SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie...*, s. 195 – 198.

75 Tamtéž, s. 184.

76 Tamtéž.

77 Tamtéž.

10. Specifika dětské schizofrenie

V dětství se schizofrenie objevuje méně často, zato však prognóza bývá horší.⁷⁸ Na dítě má tato závažná duševní choroba horší dopad, protože zasahuje do jeho ještě nedovyvinuté osobnosti a zabraňuje mu svým propuknutím a trváním získat nezbytně důležité životní zkušenosti, které by v dané životní fázi mělo dítě získat.

Říčan⁷⁹ uvádí, že schizofrenie začíná většinou v pubertě nebo později, vzácněji se však mohou objevit případy s časnějším začátkem už v mladším školním věku, ještě vzácněji potom i ve věku předškolním. V souvislosti s diferenciální diagnostikou dětské schizofrenie oproti autismu, Říčan uvádí, že tyto dvě poruchy mají u dětí několik symptomů společných. Mezi tyto společné symptomy jednoznačně patří: - *zhoršení sociální adaptace*, - „*ochuzení vztahů*“ a - „*abnormita sociální interakce*“. U dětské schizofrenie můžeme dále již premorbidně pozorovat také: - „*sníženou sociální reaktivitu*“, - „*opožděný vývoj řeči*“, - „*odchylky v jejím vývoji*“. Dále se také u dětských schizofreniků může objevit „*velmi silná úzkost a bizarnosti v chování, myšlení i fantazii*“. Při snaze o diagnostikování dětské schizofrenie oproti autismu platí pro děti stejná kritéria jako pro dospělé.⁸⁰ Abychom mohli u dětí bezpečně diagnostikovat schizofrenii, musíme u nich bezpečně vyzjistit alespoň dva z následujících příznaků, jsou to: 1. *Bludy*, 2. *Halucinace*, 3. *Inkoherence nebo rozvolnění asociací*, 4. *Katatonické projevy*, 5. *Ploché nebo zcela nepřiměřené emoce*.⁸¹ Je nutno podotknout, že bludy a halucinace pro dětskou schizofrenii na rozdíl od schizofrenie u dospělých příliš typické nejsou. Spíše než klasické bludy se u dětí objevují „*fantazie obdobné bludům*“. ⁸² Obecně platí, že u dětí je těžší rozpoznat výskyt halucinací než u dospělých. Jediné co může svědčit o halucinacích, jsou „*náhlé zárazy v činnosti*“ nebo „*realitě neodpovídající reakce*“. ⁸³

78 VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 188.

79 ŘÍČAN, P.; KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*.

80 Tamtéž.

81 Těchto pět příznaků doslovně převzato z téhož.

82 Tamtéž.

83 Tamtéž.

E. Malá⁸⁴ uvádí podrobněji další možné skupiny příznaků schizofrenie u dětí.

První skupinu symptomů charakteristických pro dětskou schizofrenii pojmenovává „**Porucha integrace vzorců chování**“.⁸⁵ Do této skupiny symptomů patří např. nepředvídatelnost v chování, tendence k sociální izolaci nebo také „*impulsivní a bizarní jednání*“. Občas se také může objevit prudká „*nevysvětlitelná agresivita*“, často s absencí doprovodu odpovídajících emocí (raptus), a mohou se objevit také „*tendence k sebepoškozování*“.⁸⁶ Další skupinou symptomů jsou podle Malé „**Abnormální pohyby a postoje**“.⁸⁷ Děti se schizofrenií se mohou od ostatních dětí lišit také v pohybovém projevu. Můžeme se u nich setkat s „*bizarními motorickými vzorci*“ (např. se mohou při chůzi různě točit nebo našlapovat jako kdyby šly do schodů či nejrůzněji poskakovat). Objevují se také rituály a stereotypie. U malých schizofreniků se na jednu stranu můžeme setkat s bezcílnou hyperaktivitou, která se však často střídá s výrazně sníženou tělesnou aktivitou až s nehybností.⁸⁸

Velmi významnou a signifikantní skupinou příznaků je dále (stále podle Malé) „**Dezorganizace řeči**“.⁸⁹ Sem patří nejrůznější odchylky a nápadnosti v řečovém projevu, jakými jsou například „*šroubovanost*“ řeči, neologismy („*vytváření neologismů s tendencí k rýmování*“) či zvláštní intonace. Setkat se můžeme i s mutismem. Často nakonec dojde k úplnému „*rozpadu řečového projevu s retardací jeho vývoje*“.⁹⁰

84 MALÁ, E. in HORT, V., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E. a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. s. 156.

85 Tamtéž.

86 Tamtéž.

87 Tamtéž.

88 Tamtéž.

89 Tamtéž.

90 Tamtéž.

„**Poruchy myšlení a vnímání**“⁹¹ se u dětských schizofreniků objevují o hodně vzácněji než u dospělých.⁹² Pokud už se halucinace u dětí objeví, jsou doprovázeny obrovskou úzkostí a „výrazným afektem strachu“.⁹³ Paranoidní projevy jsou u schizofrenních dětí spíše ojedinělé. V předškolním věku se však může objevit „*syndrom bludných fantazií*“.⁹⁴ Odklon od reality se u dítěte zpravidla projeví autismem. Ve fantaziích můžeme spatřit „*odraz situace, která dítě traumatizovala*“.⁹⁵ Ve fantaziích se dítěti konečně odehrává splnění nesplněných přání. Postupně se mu ztrácí obraz reálné situace a nakonec dochází i ke ztrátě „*emočního vztahu*“ k realitě.⁹⁶

Velmi závažné a společensky i osobně destruuující jsou také „**Poruchy kognitivních funkcí a percepční poruchy**“.⁹⁷ Zjednodušeně můžeme říci, že se zde jedná o „**poruchy poznání**“.⁹⁸ Jedná se především o „*neschopnost zpracovat a kategorizovat informace*“⁹⁹ a o následnou neschopnost zužitkovat naučené poznatky v nových situacích a kontextech. Protože schizofrenie napadá kognitivní funkce velmi komplexně, můžeme o ní směle mluvit jako o „*centrální poruše poznání*“.¹⁰⁰

Měli bychom tedy mít na zřeteli i to, že nejen u dětí, ale hlavně potom v pubertě a dále v adolescentním věku je třeba pamatovat i na schizofrenii jako na jednu z možných diagnostických eventualit.

91 MALÁ, E. in HORT, VI., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E. a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. s. 157.

92 Tamtéž.

93 Tamtéž.

94 Tamtéž.

95 Tamtéž.

96 Tamtéž.

97 Tamtéž.

98 Tamtéž.

99 Tamtéž.

100 Tamtéž.

Často je možné již v tzv. „předchorobí“ rozeznat určité signály, které nám napovídají, že by se tedy s velkou pravděpodobností mohlo jednat právě o případ nastupující schizofrenie. Ukázalo se také, že nastupující nemoc se projevuje odlišně u dívek a u chlapců.¹⁰¹ Mnohokrát se ukázalo, že *„adolescenti, u nichž se nemoc později skutečně rozvinula, měli již v předchorobí některé souborné příznaky“*.¹⁰² Těmito příznaky se ve školním kolektivu *„výrazněji lišili od všech ostatních spolužáků.“*¹⁰³ Ukázalo se, že *„Chlapci se často dopouštěli kázeňských přestupků, rušili vyučování nepřiměřeným chováním, měli většinou nechuť k učení, slabý či nevyrovnaný prospěch, případně jeví hloubavý zájem jen o určité aspekty ve vybraném předmětu. Podle pozorování učitelů byli tito hoši výrazně samotářští a ve třídním kolektivu nepříliš oblíbení pro zvláštní chování.“*¹⁰⁴ Často se zdáli být *„citově chladní, odtažití, nepochopitelní v projevování emocí (...), bývají snadno popudliví, s výbuchy nepředvídatelné zlosti.“*¹⁰⁵ Pokud se týká nemorbidního chování dívek, praxe ukázala, že *„tzv. preschizofrenní dívky byly oproti svým spolužačkám vychovateli již dlouho před diagnostikováním choroby vnímány jako více nervózní, méně sdílné, s málo výraznými projevy citů, odtažité od okolí, celkově pasivní.“*¹⁰⁶ Sýkorová¹⁰⁷ uvádí devět nejčastějších příznaků (již nezávisle na pohlaví), které nám mohou sloužit jako diagnostická vodítka, pokud chceme včas zachytit možnost nástupu schizofrenie. Řadí je sestupně podle častosti výskytu. Jsou to tedy: *„Poruchy soustředění a pozornosti, pokles elánu [...], depresivní nálada, poruchy spánku, anxieta (úzkostnost, [...]), sociální stažení, podezřavost, narušené sociální fungování, zvýšená dráždivost“*.¹⁰⁸

101 JEDLIČKA, R., KLÍMA, P. et al. *Děti a mládež v obtížných životních situacích. Nové pohledy na problematiku životních krizí, deviaci a úlohu pomáhajících profesí*. Praha 2004, s. 242.

102 Tamtéž.

103 Tamtéž.

104 Tamtéž.

105 Tamtéž.

106 Tamtéž.

107 SÝKOROVÁ in JEDLIČKA, R., KLÍMA, P. et al., *Děti a mládež v...* (viz. pozn. č. 101).

108 Tamtéž.

11. Specifika krizové intervence u psychotického pacienta

Vodáčková ¹⁰⁹ ve své knize „Krizová intervence“ v kapitole s názvem „Psychotický pacient“ popisuje různé situace, které mohou nastat při kontaktu s psychotickým pacientem, tedy např. se schizofrenikem, který volá, případně osobně přijde do Krizového centra s prosbou o radu. Snaží se tak především pomoci začínajícím a méně zkušeným pracovníkům představit co nejvíce možných situací, které mohou při setkání nebo při telefonování s psychotickým klientem nastat, a dále potom nastínit, jak je možno tyto rozmanité situace řešit. ¹¹⁰

Jako první věc je třeba si při kontaktu s psychotikem uvědomit, že jeho bludné myšlenkové konstrukty mají vliv na jeho jednání, to znamená, že svým chováním spíše než na reálnou aktuální situaci reaguje na to, co se děje v jeho vnitřním myšlenkovém světě. ¹¹¹

Slovo „paranoidní“ znamená „ne - rozumný“ a je to vlastně složenina dvou řeckých slov – „para“ znamená „vedle, mimo“ a druhá část slova vychází ze slova „nús“, které znamená „rozum“. ¹¹² „Paranoidita“ je tedy „bludná, tzn. chorobně podmíněná nevyvratitelná vztahovačnost.“ ¹¹³ Vodáčková paranoiditu vysvětluje tak, že na rozdíl od zdravých lidí, kteří „svobodně vstupují do podstatných nahodilých vazeb“, paranoidní člověk to má tak, že „svět začne oslovovat jeho, nemá volbu, vše jej ohrožuje.“ ¹¹⁴

109 VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence. Krize v životě člověka. Formy krizové pomoci a služeb.* s. 405 – 410.

110 Tamtéž, s. 405.

111 Tamtéž.

112 Tamtéž.

113 Tamtéž.

114 Tamtéž.

Důležitým pokynem pro pracovníky Krizových center, kteří se mohou dostat do kontaktu s psychotiky, je pravidlo, že bludné myšlení nemáme vyvracet, protože blud mívá „charakter nevývratnosti“. ¹¹⁵

Př. nevyzpytatelného chování psychotického pacienta, který uvádí Vodáčková:

„Do KC přichází klient, při výzvě, aby šel dále do přijímací ordinace, zaváhá, začne si prohlížet obraz na zdi, pak učiní několik rychlých pohybů oběma rukama. Na další výzvu nereaguje, vyhýbá se očnímu kontaktu, po další výzvě vyskakuje otevřeným oknem do zahrady. Po několika hodinách opět přichází, chová se mírně agresivně bez jakékoli souvislosti s reálnými okolnostmi.“ ¹¹⁶

Projev psychotického klienta na Lince důvěry může být velmi různorodý. ¹¹⁷ Takový klient často bývá úzkostný, obvykle reaguje nepřiměřeně situaci. Když klient zrovna není v akutním stadiu své nemoci, mívá obvykle monotónnější, strojený projev, „bez přiměřeného emočního doprovodu“. Klient může být „ve značném napětí, které lze jen obtížně zmírnit.“ ¹¹⁸ Můžeme si všimnout, že někdy se rozhovor s takovýmto klientem točí jakoby v kruhu. Psychotický klient nezřídka volá opakovaně se stejným problémem. ¹¹⁹

115 VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*, s. 406.

116 Tamtéž.

117 Tamtéž.

118 Tamtéž.

119 Tamtéž.

Jednání s psychotickým klientem je specificky závažné zejména proto, že „*může vést k ohrožení klienta nebo jeho okolí*“. ¹²⁰ Pokud pracujeme s tímto druhem klientů, musíme si také uvědomit, že psychotický stav má závažný vliv také na kvalitu života jedince. Tento stav způsobuje nemocnému obrovské utrpení a výrazně jej omezuje v každodenních nejnutnějších činnostech. ¹²¹

Duševní poruchy tohoto typu mívají velice rozmanitý průběh. Často se jedná o chronická onemocnění trvající i několik desítek let. Situace jedince proto závisí na průběhu a na stadiu nemoci. ¹²²

Nezřídka se stává, že na krizovou linku nevolá přímo samotný pacient, ale volá někdo z členů jeho rodiny, protože si s nemocným nevedí rady. ¹²³

Pokud je klient v akutně psychotické fázi, je často zapotřebí jeho nedobrovolná hospitalizace v psychiatrické léčebně. ¹²⁴

Pokud má již nemoc dlouhodobější průběh, pak už je nemocný do určité míry schopný sociálně se adaptovat a dovede „*účelově kontrolovat své jednání*“. ¹²⁵

Při krizové intervenci s psychotickými pacienty se musíme také připravit na to, že psychotik „*vystupuje dvojznačně*“ ¹²⁶ - a to i vůči psychiatrům či jiným pomáhajícím pracovníkům. V případě této skupiny klientů obzvláště platí, že „*získat klienta pro léčbu je obtížné*“. ¹²⁷

120 VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. s.406.

121 Volně podle téhož.

122 Tamtéž.

123 Tamtéž.

124 Tamtéž.

125 Tamtéž, s. 408.

126 Tamtéž.

127 Tamtéž.

Na jednom dalším příkladu z praxe Vodáčková podotýká, že „*psychotické epizody jsou vyvolávány nejen stresem, který vyvolávají nepříjemné a bolestivé události*“, ale mohou být leckdy vyvolány i velice pozitivními událostmi.¹²⁸ Ať už se jedná o událost veselou či smutnou, jde především o to, že se jedná o silnou „*emoční zátěž, kterou [nemocný člověk] není schopen integrovat, zpracovat.*“¹²⁹

Pokud nám tedy volá klient trpící nespavostí, je například vhodné doporučit mu, aby vyzkoušel před spaním nějaké „usínací“ rituály.¹³⁰ Takovéto dílčí konkrétní rady spíše praktického rázu jsou výstižným příkladem toho, co je např. ještě v silách pracovníka působícího na lince důvěry. Pracovník tedy rozhodně není náhradní péčí na úrovni psychiatra. V praxi to znamená například, že si musíme uvědomit třeba, že pokud pracujeme s psychotickými klienty, měli bychom mít vždy na paměti, že „*slovem často není možné usměrnit rozvíjející se psychotický stav*“.¹³¹

Podle Vodáčkové to ale nejsou samotní psychotičtí jedinci, kdo nejčastěji volá na linku důvěry. Mnohem častěji to mohou být právě jejich příbuzní nebo zkrátka lidé, kteří s takovými lidmi sdílí domácnost a neví si rady s jejich chováním. Zpravidla volají příbuzní lidí, kteří právě prodělávají akutní fázi nemoci.¹³² Často má tedy pomáhající pracovník k dispozici pouze „*zprostředkovaný obraz celkové situace*“.¹³³ Zkrátka poznává situaci pouze z pohledu rodinného příslušníka. Pokud nám tedy volá rodinný příslušník, máme nyní za klienta někoho jiného – ne tedy psychotika, ale jeho rodinného příslušníka. Tento klient také potřebuje naši pomoc, jenom snad trochu jinak.

128 VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. s. 408.

129 Tamtéž.

130 Tamtéž.

131 Tamtéž.

132 Tamtéž.

133 Tamtéž.

Poněkud odlišná situace nastává při krizové intervenci tváří v tvář. Může zde dojít (a nezhřídkavě doopravdy dojde) k „*otevřené konfrontaci s klientem*“. ¹³⁴ Pokud by to vyžadoval stav klienta, může dojít až k nedobrovolné hospitalizaci. Nejčastěji v takovéto situaci klient „*odmítá pomoc nebo k ní má protichůdné postoje*“. ¹³⁵ Často to bývá právě pracovník krizového centra, kdo posílá svého klienta k psychiatrovi, poté, co mu poskytl základní krizovou intervenci. ¹³⁶ I přesto, že pro klienta bývá představa hospitalizace většinou velmi odstrašující a klient se jí velmi bojí, přeci jen si na druhou stranu uvědomuje, že je hospitalizace stejně tak jako medikace nutná, a že to stejně jednou přijít musí. I přes tuto určitou rozumnost a uvědomělost, se kterou se u velké části klientů můžeme setkat, i přes to se nakonec, když se to, s čím v zásadě souhlasil má nakonec opravdu stát realitou – v tu chvíli se klient brání, snaží se hospitalizaci vyhnout a chová se až zkratovitě. V pozadí tohoto jednání může být ne zcela pozitivní zkušenost s předchozí nedobrovolnou hospitalizací. ¹³⁷

V tuto chvíli si můžeme uvědomit předpoklady, kterými by měl pro případ těchto situací oplývat pracovník krizového centra. Vodáčková zdůrazňuje, že je dobré „*znát svoje vlastní postoje*“, tedy plně reflektovat svoje pocity a postoje týkající se této problematiky. ¹³⁸

S tím souvisí také schopnost reflektovat a uvědomovat si svůj „*vlastní strach z fyzického násilí*“. ¹³⁹ Dále by podle Vodáčkové pracovník KC měl být schopen „*dokázat odhadnout reálné nebezpečí*“ a „*nevystavovat se nebezpečí nadměrnému*“. ¹⁴⁰

134 VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. s. 408.

135 Tamtéž.

136 Tamtéž.

137 Tamtéž.

138 Tamtéž.

139 Tamtéž, s. 409.

140 Tamtéž.

Další důležité dovednosti pracovníků KC jako je schopnost „řešit situace týmově“, „znát vlastní meze“ a „umět přivolat pomoc“ se podle Vodáčkové projeví v průběhu týmové spolupráce. V týmu je důležité tyto situace vzájemně probírat a rozvrhnout si pro tyto vypjaté situace konkrétní *role*.¹⁴¹

Takovéto situace jsou v krizových centrech něčím, co je běžné a je to právě jistota vzájemné souhry mezi pracovníky, co „zabraňuje eskalaci násilí“. ¹⁴² Navíc se ukázalo, že „**Nejčastější obětí násilností ze strany duševně nemocných jsou právě příbuzní, nikoli psychiatrický personál.**“ ¹⁴³ Dalším důležitým, nikoli však, bohužel, příliš překvapivým poznatkem je zjištění, že kromě některých dalších souvisejících patologických jevů je u lidí potýkajících se se závažnými duševními poruchami také suicidalita „*podstatně vyšší než v normální populaci*“. ¹⁴⁴ Proto je zapotřebí mít vždy na paměti i toto významné riziko.

141 VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. s. 409

142 Tamtéž.

143 Tamtéž.

144 Tamtéž, s. 410

12. Návazná zařízení věnující se schizofrenikům

Nyní bych se pokusila zmapovat a nastínit, jaké mají lidé, kteří onemocněli schizofrenií možnosti po svém zalečení. Tedy – kde jsou v Praze, případně ve Středních Čechách místa, kam se mohou schizofrenici obrátit poté, co již nastoupili léčbu a jejich stav je stabilizovaný.

12.1. Fokus Praha, o. s.

Občanské sdružení Fokus – Praha má tradici od roku 1990. Jedná se o nestátní neziskovou organizaci „sdružující psychoterapeuty, socioterapeuty, pracovní terapeuty, psychology, sociální pracovníky, odborníky ve vzdělání a další pracovníky včetně dobrovolníků“. Tato organizace zajišťuje „komplexní komunitní péči v neustavných podmínkách o lidi s dlouhodobým duševním onemocněním.“ Jeho snahou je především, aby každý klient odcházel „vyrovnanější, silnější ve svých vlastních schopnostech a lépe vybavený pro praktický život“. O. s. Fokus – Praha se také snaží „prosazovat legislativní a jiné změny v oblasti psychiatrie a sociálních služeb v České republice“ a snaží se zavádět „nové standardy kvality sociálních služeb“. Fokus, o. s. také mimo jiné nabízí řadu vzdělávacích kurzů pro odbornou i laickou veřejnost.¹⁴⁵

Fokus Praha působí i v regionu Střední Čechy a provozuje tam například sociální firmu Jůnův statek v Sedleci u Prahy. V rámci regionu Střední Čechy provozuje Fokus Praha také např. chráněné dílny v Mělníce.¹⁴⁶

145 V celém tomto odstavci jsem čerpala z webových stránek Fokusu Praha a Fokusu Střední Čechy. Pasáže uvedené kurzívou a v uvozovkách jsou doslovné citace, zbytek jsem volně parafrázovala. Zdrojem je tedy: O Fokusu Praha. *Www.fokus-praha.cz* [online]. 24.10.2011 [cit. 2012-03-12]. Dostupné z: <http://www.fokus-praha.cz/o-fokusu-praha>.

146 Jůnův statek. *Www.junuvstatek.cz* [online]. 2008 [cit. 2012-03-12]. Dostupné z: <http://www.junuvstatek.cz/index.php?page=detailclanky&article=22> a Fokus Praha - Region Střední Čechy. [online]. [cit. 2012-04-12]. Dostupné z: <http://www.fokus-praha-stc.cz/index.php/projekty>.

Příklady jednotlivých služeb a zařízení v rámci Fokusu Praha, o.s.:

- **CEDRA (Centrum denních rehabilitačních aktivit)**

Patří pod Fokus – Praha, o. s.

Toto centrum se nachází na Praze 8 v Bohnicích nedaleko PL Bohnice.

CEDRA je denní stacionář poskytující socioterapeutické a volnočasové služby.

Je určen pro klienty, kteří jsou zaléčení, stabilizovaní a nacházejí se pod dlouhodobou a pravidelnou péčí psychiatra.¹⁴⁷ Do CEDRY jsem měla možnost jednu dobu docházet na pravidelnou praxi / stáž. Z klientů jsem měla dojem, že jsou již poměrně stabilizovaní, komunikativní, zvládají důležité návyky a alespoň z pozice stážistky se mi s nimi jednalo celkem bezproblémově.

- **Komunitní tým Sever – Západ**

Jedná se o službu sociální rehabilitace., která je určena všem lidem, kteří v souvislosti s duševní nemocí čelí závažným problémům ve více oblastech svého života najednou. Komunitní tým nabízí především poradenské služby a také case – management. Zejména služby case – managementu jsou v poslední době velmi žádané a dalo by se říci, že by bylo třeba více case – managerů. Klienti mají možnost maximálně jednoroční spolupráce s case – managerem, nicméně smlouvu je možné i prodloužit a často se tak děje, protože klienti často potřebují podporu dlouhodobějšího charakteru.¹⁴⁸

147 Centrum denních rehabilitačních aktivit. *Www.fokus-praha.cz* [online]. 16.9.2011 [cit. 2012-03-15]. Dostupné z: <http://www.fokus-praha.cz/centra-dennich-aktivit/centrum-dennich-rehabilitacnich-aktivit-cedra>

148 Informace jsem čerpala z letáku Fokusu Praha (z r. 2007) a prostřednictvím rozhovoru s odbornou pracovnící.

12.2. Green Doors, o. s.

Nestátní nezisková organizace.

O. s. Green Doors je specifické už tím, že se orientuje přímo na klienty se schizofrenií. Ostatní občanská sdružení se většinou zaměřují na duševní onemocnění obecně.

O. s. Green Doors je členem České unie pro podporované zaměstnávání (ČUPZ).

Hlavní cílovou skupinou o. s. Green Doors jsou zejména mladí, krátkodobě nemocní klienti, kterým se od tohoto sdružení dostává podpory zejména ve snaze překonat krizi, do které se díky nemoci dostali a co nejrychleji se navrátit zpět do běžného a aktivního života. Hlavní rolí Green Doors v této oblasti je poskytnout svým klientům „komplexní podporu v oblasti přípravy na práci“. ¹⁴⁹ O. s. Green Doors také provozuje kavárnu „Na půl cesty“ v Praze 4 na Pankráci a klub V. kolona v Praze 8 v Bohnicích.

12.3. ESET – HELP

Sdružení ESET – HELP vzniklo v roce 1995 a jeho posláním je „rozvoj a péče o duševní zdraví“. ¹⁵⁰ Svým klientům poskytuje především rehabilitaci, resocializaci a psychosociální a právní poradenství. ¹⁵¹

Mezi služby, které ESET – HELP poskytuje duševně nemocným, patří zaměstnávání těchto klientů (vytvoření pracovních míst v tréninkové kavárně a v prodejní galerii), chráněné bydlení, centrum denních aktivit (CDA) a sociální a právní poradna. ¹⁵² ESET – HELP dále nabízí ještě některé další aktivity, které už se ale netýkají přímo duševně nemocných a proto je ve svém přehledu nezmiňuji.

ESET – HELP tedy některé ze svých klientů zaměstnává v „**Tréninkovém obchodě pro osoby se závažnou duševní chorobou**“ – „**Galerie Vážka**“. ¹⁵³

149 Green Doors. *Www. greendoors.cz* [online]. 1997-2009 [cit. 2012-04-01]. Dostupné z: <http://www.greendoors.cz/kdo-jsme>.

150 Eset - Help. *Www.esethelp.cz* [online]. [cit. 2012-04-12]. Dostupné z: <http://www.esethelp.cz/>

151 Tamtéž.

152 Eset - Help. *Www.esethelp.cz* [online]. [cit. 2012-04-12]. Dostupné z: <http://www.esethelp.cz/sluzby/nase-sluzby.html>

153 Eset - Help. [online]. [cit. 2012-04-12]. Dostupné z: <http://www.esethelp.cz/sluzby/obchod.html>

Vznik této obchodní galerie byl spolufinancován z prostředků Evropského sociálního fondu. V tréninkovém obchodě se prodávají především drobné dárkové předměty. Například svíčky, textilní výrobky, čaje, keramika, šperky, dřevěné hračky a podobné zboží. Část dodavatelů galerie tvoří chráněné dílny.¹⁵⁴ Tato služba je určena „*lidem s duševním onemocněním nad 18 let, kteří jsou motivováni k řešení vlastní situace, pravidelně spolupracují se svým psychiatrem a jsou ochotni dodržovat pravidla daného programu.*“¹⁵⁵

Služba tedy probíhá tak, že klient nejprve po dobu jednoho měsíce absolvuje tréninkový režim (zaučování). Po dobu tohoto zácviku klient nedostává žádnou finanční odměnu. Pokud se během prvního měsíce spolupráce s klientem ukáže být úspěšná, je s klientem poté uzavřena dohoda o provedení práce na 150 hodin. Klientovi od chvíle podepsání smlouvy náleží symbolická odměna.¹⁵⁶

V obchodě jsou k dispozici dva typy tréninkových míst: prodavač a úklidový pracovník. ESET – HELP nabízí dvě tréninková místa prodavačů a jedno tréninkové místo úklidového pracovníka.

Po celou dobu tréninkového zaměstnávání je klientovi k dispozici sociální pracovník. Ten především poskytuje klientovi „*podporu podle individuálních potřeb*“.¹⁵⁷

Posláním této služby je tedy v první řadě poskytnout duševně nemocným klientům možnost sociální rehabilitace a obnovit jejich nejzákladnější pracovní návyky, podpořit v nich důvěru ve vlastní schopnosti a rozvíjet jejich komunikační dovednosti.¹⁵⁸

V neposlední řadě je pro tyto klienty velmi významné, že zde mohou znovu navázat kontakt s lidmi. Toto všechno je pro klienta do budoucna „*předpokladem pro hledání dalšího pracovního uplatnění*“.¹⁵⁹ Především důležité je, aby klient získal představu o svém dalším profesním směřování. Kromě toho je cílem i to, aby se klient spolupodílel na „*vytvoření obchodu s příjemnou atmosférou, do kterého se budou zákazníci rádi vracet.*“¹⁶⁰

154 Eset - Help. [online]. [cit. 2012-04-12]. Dostupné z: <http://www.esethelp.cz/sluzby/obchod.html>

155 Tamtéž.

156 Tamtéž.

157 Tamtéž.

158 Tamtéž.

159 Tamtéž.

160 Tamtéž.

Dále občanské sdružení ESET – HELP nabízí také „*Tréninkovou resocializační kavárnu*“ „*Dendrit kafe*“. ¹⁶¹ Stejně jako galerie Vážka nabízí i kavárna Dendrit dva typy tréninkových míst – místo barmana (tři hodiny každý všední den, v dopolední, odpolední nebo podvečerní směně) a místo úklidového pracovníka (jedna hodina každý všední den v dopolední směně). ¹⁶²

12.4. O. s. Baobab

Mladší sdružení, založeno r. 1997.

Nestátní nezisková organizace.

Působí v Praze a v Kladně. ¹⁶³

Zajímavé služby:

- **Služba „Student“** – Cílem této sociální rehabilitace je především „*zvyšování kompetencí lidí s duševním onemocněním v oblasti vzdělávání se prostřednictvím individuální a skupinové podpory*“. ¹⁶⁴ V rámci této služby klient spolu se svým terapeutem případně konzultantem řeší např. „*rozhodování se ohledně studia, výběr vhodného vzdělávacího programu, zahájení studia, udržení se v něm, návrat po jeho přerušení či jeho ukončení*“. ¹⁶⁵

161 Eset - Help. *Www.esethelp.cz* [online]. [cit. 2012-04-12]. Dostupné z: <http://www.esethelp.cz/sluzby/kavarna.html>

162 Tamtéž.

163 Občanské sdružení Baobab. *Www.osbaobab.cz* [online]. 2009 [cit. 2012-04-12]. Dostupné z: <http://www.osbaobab.cz/home>

164 Občanské sdružení Baobab. *Www.osbaobab.cz* [online]. 2009 [cit. 2012-04-12]. Dostupné z: <http://www.osbaobab.cz/sluzby/student1>

165 Tamtéž.

Služba „Student“ se dělí na jednotlivé programy.¹⁶⁶ Jsou to tyto programy: *Patronství* (individuální spolupráce klienta s terapeutem formou pravidelných schůzek); *Kurzy* (např. trénink kognitivních funkcí, práce se stresem, studijní a sociální dovednosti); *Poradna studijní referentky*; *Besedy* (které se pořádají na středních školách, učilištích nebo na vyšších odborných školách, účelem těchto besed je zlepšit informovanost o duševních nemocech a tím se pokusit o destigmatizaci lidí s duševním onemocněním) a *Setkání účastníků služby*.¹⁶⁷

Služba „Student“ je zdarma.¹⁶⁸

Zatímco některé další služby o. s. Baobab jsou placené (např. *Kurz zdravého životního stylu* nebo nejrozumnější *Vzdělávací kurzy*).¹⁶⁹

- **Besedy o duševním onemocnění** Besedu pořádá vždy jeden pracovník služby „Student“ spolu s jedním klientem. Jedná se o klienta, který má chuť podělit se se studenty o svou zkušenost s duševní nemocí. Pracovník služby „Student“ zde funguje jako odborný garant celé besedy a besedu také moderuje. Kromě odborné výkladové části, kterou zajišťuje pracovník a klientova příběhu je zde také prostor pro diskusi se studenty. Besedy se pořádají většinou na gymnáziích, středních školách, odborných učilištích a na vyšších odborných školách v Praze, ale po dohodě lze tyto besedy pořádat také na jiných typech škol. Studenti se na těchto besedách mohou také dovědět o možnostech prevence a léčby duševních poruch.¹⁷⁰

166 Občanské sdružení Baobab. *Www.osbaobab.cz* [online]. 2009 [cit. 2012-04-12]. Dostupné z: <http://www.osbaobab.cz/sluzby/student1>.

167 Tamtéž.

168 Tamtéž.

169 Občanské sdružení Baobab. *Www.osbaobab.cz* [online]. 2009 [cit. 2012-04-12]. Dostupné z: <http://www.osbaobab.cz/sluzby>

170 Občanské sdružení Baobab. *Www.osbaobab.cz* [online]. 2009 [cit. 2012-04-12]. Dostupné z: <http://www.osbaobab.cz/sluzby/besedyproskoly>

Tato služba je zdarma. ¹⁷¹Dalšími cíly této služby je také: „představit různé úhly pohledu na takové onemocnění; vést studenty k nestereotypnímu pohledu na něj, nabořit časté mýty a omyly o duševních nemocech; přiblížit studentům život člověka s duševním onemocněním, jeho prožívání a potřeby a představit duševní onemocnění jako záležitost, která může potkat každého z nás“. ¹⁷²

12.5. Krizová centra v ČR ¹⁷³

Centrum krizové intervence (CKI)

CKI se nachází v Praze 8 – Bohnicích. Bylo založeno r. 1991 v areálu psychiatrické léčebny. CKI v Bohnicích má mimo jiné „vlastní krizovou linku s nepřetržitým provozem“.

¹⁷⁴Také provoz tohoto centra je nepřetržitý. Funguje ambulantně a zároveň má k dispozici 8 lůžek. ¹⁷⁵

RIAPS (Regionální institut psychiatrických a psychosociálních služeb)

Toto centrum vzniklo r. 1992 při Záchraně službě Praha a bylo inspirováno holandskými vzory. ¹⁷⁶V průběhu času se konkrétní podoba RIAPSu měnila, nyní RIAPS sestává z linky důvěry, příjmového týmu a ambulantního a lůžkového oddělení. ¹⁷⁷

Krizová centra fungují také v dalších **regionech** – např. v Olomouci (*krizové centrum při psychiatrické klinice FN Olomouc*) nebo v Plzni, kde se nejedná přímo o krizové centrum, ale působí zde *Regionální institut duševního zdraví*, který také provozuje linku důvěry. ¹⁷⁸

171 Občanské sdružení Baobab. *Www.osbaobab.cz* [online]. 2009 [cit. 2012-04-12]. Dostupné z: <http://www.osbaobab.cz/sluzby/besedyproskoly>.

172 Tamtéž.

173 Podle JANEČKOVÁ, B. in VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. s. 202 – 206.

174 JANEČKOVÁ, B. in VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. s. 203.

175 Tamtéž.

176 Tamtéž, s. 205.

177 Tamtéž.

178 Tamtéž, s. 206.

13. Sociální práce s lidmi se schizofrenií – právní východiska a základní metodika

Nejdůležitějším a nejvíce určujícím je v současné době **Zákon č. 108/2006 Sb.** „o sociálních službách“.¹⁷⁹

Podrobně upravuje vše potřebné, mimo jiné právě i pro sektor pomáhající duševně nemocným. Tento zákon je velice zásadní, protože dopodrobna upravuje a vymezuje „*podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé situaci prostřednictvím sociálních služeb, ...*“¹⁸⁰ a tedy upravuje i podmínky poskytování pomoci lidem se schizofrenií, pokud se ocitnou v situaci, kdy pomoc potřebují.

Řeší se zde také například velice zásadní a ožehavá otázka příspěvku na péči.¹⁸¹ Dalším podstatným tématem, které zákon řeší je také otázka, kdo vůbec může být podle současných směrnic sociálním pracovníkem a jaké člověk musí k této profesi splňovat předpoklady.¹⁸²

Jednou z významných zásad, které zákon propaguje, je snaha o aktivizaci lidí, kteří potřebují pomoc takovým způsobem, aby, pokud je to možné, byli co nejdříve schopni pomoci si sami. Aby se nerozvíjela dlouhodobá invalidita a závislost na okolí a na pomoci odborníků.¹⁸³ Zde tato výzva obzvlášť se dá vztáhnout i na problematiku lidí s duševním onemocněním, tedy i se schizofrenií. Je úkolem pomáhajícího pracovníka, aby rozlišil, kdy má mít jeho pomoc podpůrný a snad i mírně protektivní charakter, a kdy už je třeba přikročit k ráznější aktivizaci klienta a podporovat ho v tom, aby se začal stavět na vlastní nohy.

Tento zákon se zabývá problematikou sociálních služeb velmi podrobně a já zde nemám prostor se jím dopodrobna zabývat, nicméně jsem přesvědčena, že se jedná o zákon velice zásadní a seznámení se s tímto zákonem je pro sociálního pracovníka nebo pro kteréhokoli člověka pohybujícího se v oblasti sociálních služeb nezbytné a zásadní.

179 Zákon o sociálních službách. *Www.mpsv.cz* [online]. 6.7.2009 [cit. 2012-04-12]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf.

180 Tamtéž. (§1 Předmět úpravy, odst. 1.)

181 Tamtéž.

182 Tamtéž. (§1 Předmět úpravy, odst. 2.)

183 Volně podle téhož. (§2 Základní zásady odst. 2.)

Kromě znalosti právního pozadí věci je pro odborníka z oblasti sociálních služeb tak důležité znát „**Teoretické koncepty sociální práce**“. ¹⁸⁴ Podle Chytila a Mahrové se jedná o koncepty, které „vycházejí z historického vývoje sociální práce USA a Německa“. ¹⁸⁵ Z těchto konceptů vychází principy dnešní sociální práce a právě tyto koncepty tvoří její základy. ¹⁸⁶

Prvním takovýmto základním konceptem je „koncept psychosociální“ ¹⁸⁷, který vychází z Freudovy teorie osobnosti a klade důraz, kromě osobnosti člověka, také na interakci mezi jednotlivcem a prostředím, především na interakci s rodinou. ¹⁸⁸ Hlavní představitelkou psychosociálního konceptu je F. Hollisová. ¹⁸⁹

Druhým konceptem je „koncept systémový“, který klade důraz především na „vzájemné působení lidí a jejich prostředí“. ¹⁹⁰ Představitelem konceptu je např. A. Pincus. ¹⁹¹ Dále zde máme „ekologický koncept“ ¹⁹² (důraz je zde kladen na „procesy adaptace a vzájemné integrace“), „koncept sociálního fungování“ ¹⁹³ (zabývá se otázkou – co může být příčinou toho, že jedinec nezvládá nároky prostředí, v němž žije), a v neposlední řadě také tzv. „úkolový přístup“ ¹⁹⁴ (na začátku jsou klientovi nabídnuty „cíle a strategie služby“ ¹⁹⁵ a klient si potom vybírá, co z toho přijme za své a jak bude chtít dále postupovat). ¹⁹⁶

184 CHYTIL, O., MAHROVÁ, G. in MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. s. 9.

185 Tamtéž.

186 Tamtéž.

187 Tamtéž.

188 Tamtéž, s. 10.

189 Tamtéž, s. 13.

190 Tamtéž, s. 10.

191 Tamtéž, s. 13.

192 Tamtéž, s. 11.

193 Tamtéž.

194 Tamtéž.

195 Tamtéž.

196 Tamtéž.

14. Rozhovory

Vzhledem k povaze mé práce, časovým možnostem a ostatně také vzhledem k mojí vlastní povaze mi rozhovor připadl jako nejideálnější výzkumná metoda.

Rozhovor totiž otevírá možnost osobního kontaktu a dialogu a je zde zkrátka tak nějak více prostoru pro všechno.

Jistě, že rozhovor jako metoda má i své nevýhody, nicméně po zvážení různých výzkumných možností jsem rozhovor vyhodnotila jako metodu mně osobně nejbližší.

Nezvolila jsem tedy kvantitativní výzkum, ale dala jsem přednost výzkumu kvalitativnímu.

Rozhovory jsou polootevřené, tzn., že jsem na začátku měla připravené otázky a také jsem se snažila pokládat alespoň zhruba stejné otázky všem respondentům, nicméně zároveň jsem ponechala prostor k tomu, aby se rozhovory individualizovaly, čehož jsem, podle mého názoru, docílila tím, že jsem se snažila ponechávat respondentům co nejvíce prostoru – ať už v případě, kdy je napadlo ještě něco „navíc“, o čem by chtěli mluvit nebo naopak v případech, kdy se jim některá otázka nelíbila (nebo se jim zdála zbytečná nebo zkrátka „mimo mísu“) a záměrně na ni neodpověděli. Také jsem v průběhu rozhovoru otázky upravovala vzhledem ke kontextu konkrétního respondentova případu a ke kontextu jeho životopisných faktů. Pokud mě něco v respondentově odpovědi zaujalo, kladla jsem doplňující otázky.

Rozhovory jsou anonymní a respondenti to věděli od začátku.

Některé otázky v rozhovorech jsou velmi osobní (například pokud se ptám na rodinu nebo na průběh nemoci nebo na průběh léčby). Právě proto jsem si vědoma, že je třeba zaručit lidem, kteří byli ochotni se mnou vést rozhovor, že budu maximálně diskrétní. Dalším mým krokem, aby se všichni mí respondenti cítili, co nejvíc bezpečně ohledně svých dat bylo, že jsme se dohodli na změně jména a dále jsem po nich požadovala už jen tyto dva osobní údaje: (skutečný) věk a (skutečné) povolání. Také jsem jim všem připomněla, že pokud jim bude kterákoli otázka nepříjemná, tak na ni nemusí odpovídat.

Pro každého respondenta jsem vyhotovila také Potvrzení o informovaném souhlasu.

Tato potvrzení nejsou součástí této práce, protože obsahují skutečné osobní údaje respondentů, ale mám je u sebe a jsem připravena na požádání lidem, kteří mají oprávněný důvod se o ně zajímat, je ukázat.

Rozhovory jsem nahrávala na diktafon. Následně jsem je přepsala do písemné podoby. Z větší části doslova. Snažila jsem se také nezasahovat do stylu vyjadřování respondenta, aby odpovědi zůstaly co nejvíce autentické. Pokud respondent odpovídal nespisovně, ponechala jsem to zčásti tak a zčásti jsem některá slova upravila, tzn. převedla jsem je do spisovné češtiny. Šlo mi jak o autenticitu, tak potom i o to, aby odpovědi nebyly příliš „rozdrbané“.

Dva respondenti mají diagnózu „schizoafektivní porucha“ a jednomu z respondentů byl vedle schizofrenie diagnostikován také autismus. Jinak je všem respondentům společná diagnóza schizofrenie.

První rozhovor byl svým způsobem „pokusný“ / „vyhmatávací“. Své připravené otázky jsem chápala prozatím spíše jako orientační. Zkoušela jsem, jak na ně první respondent zareaguje, co ještě snese a k čemu dá třeba najevo, „že už je to moc“. Nyní si uvědomuji, že to byl možná poněkud riskantní postup. Zrovna v tomto případě byl totiž podle mě respondent ve velmi dobrém stavu, naprosto ochotný ke spolupráci, neměl problém otevřít se v čemkoli. Bylo vidět, že o své nemoci a o svém životě s ní nemluví poprvé a některé otázky měl, zdá se, již jaksí předem naformulované nebo promyšlené. Pouze u jedné otázky se mi stalo, že k ní měl výhrady a nechtělo se mu na ni odpovídat, nicméně nakonec odpověděl i na tuto otázku a celkově neměl k otázkám žádné kritické výhrady. To ale samozřejmě nic nevypovídá o tom, jak různě mohou podobný rozhovor přijmout další respondenti.

V případě druhého rozhovoru, který jsem pořídila v jednom pražském denním centru, jsem pro jistotu s sebou vzala vytisknuté předpokládané otázky s tím, že pokud budou mít pracovníci centra zájem, dám jim je k nahlédnutí. Pracovníci se ale ptali spíše obecně, stačilo jim vědět přibližné tematické okruhy otázek.

Mezi prvním a druhým rozhovorem byl rozdíl také v tom, že prvního respondenta jsem v době, kdy jsem ho požádala o rozhovor, již trochu znala (byť ne příliš dlouho a blízce), tudíž jsem měla pocit, jako když se bavím se starým známým (už pro blízkost věku, vzdělání apod.). Měla jsem také pocit, že pokud se dopustím nějaké chyby nebo pokud zkrátka

všechno nebude stoprocentně profesionální, že mi to spíše promine, než nějaký neznámý člověk, např. klient denního centra, kam jsem se přišla podívat poprvé. V případě druhého rozhovoru jsem tedy tak nějak cítila větší respekt, větší zodpovědnost. Neměla jsem de facto žádnou představu o respondentově stavu a trochu jsem se bála, abych v něm nějakou necitlivou otázkou neprobudila nějaký afekt nebo nerozjela nějaké bludy a podobně. Vzhledem k tomu, že mi tohoto respondenta vybrali po zralé úvaze právě pracovníci onoho denního centra, byly mé obavy možná do určité míry zbytečné. Spolu s jedním socioterapeutem jsme můj příchod do centra plánovali předem a on se mi nabídl, že osloví lidi, kteří se na to, podle jeho názoru, hodí a uvidí se, kdo nakonec bude chtít a kdo ne. Tím se tedy mělo zamezit nějakým extrémním situacím, kdy bych třeba já sama nedokázala odhadnout, komu by rozhovor mohl uškodit. Nutno říct, že i druhý rozhovor proběhl dobře. V tomto případě se tedy ukázalo, že pokud mi s výběrem pomůže pracovník, který své klienty dlouhodobě zná, tak není problém. Nicméně já jsem se u tohoto druhého rozhovoru držela více „zpátky“, tzn., že když mě nějaká odpověď zaujala, nevybízel jsem druhého respondenta, aby svou odpověď rozvedl tolik často, jako jsem to dělala v případě prvního respondenta. Měla jsem obavu, aby se druhý respondent ve svých odpovědích příliš neztratil, ale zároveň jsem měla také obavu, že bych se v jeho odpovědích ztratila já. Už jeho základní odpovědi mi totiž často připadaly poněkud matoucí. Nebyla jsem si jistá, kdy třeba mluví ironicky, kdy vážně a podobně.

Rozhovor č. 3 byl velmi zajímavý, inspirující a v některých ohledech i poměrně odlišný co do obsahu v porovnání s předchozími dvěma.

Také rozhovor č. 4 byl svým způsobem specifický – respondent totiž už nějakou dobu vykonává profesi socioterapeuta. Ukázalo se zde, že idea pomoci těm, kteří si prošli něčím podobným, není vůbec marná, a je nakonec naprosto reálná.

Pátý rozhovor jsem vedla se starší paní, jejíž příběh je od příběhů ostatních respondentů dosti odlišný, tudíž mohu být naprosto spokojená, že jsem se skutečně od každého z respondentů mohla dovědět něco úplně nového a poznat různé typy lidí, příběhů a životních situací. Všechny respondenty spojuje podobná diagnóza, ale přeci jen v životě záleží na spoustě dalších věcí, které jej formují a ovlivňují. Rozhovory případně jejich delší části (rozhovory č. 1 a č. 2 jsem ponechala téměř celé a z rozhovorů č. 3 a č. 4 jsem uvedla pouze část) jsou k nahlédnutí v příloze.

14.1. Záměr a cíl jednotlivých otázek

Nyní se pokusím okomentovat otázky, které jsem vytvořila pro účely svých rozhovorů tak, aby bylo zřejmé, co jsem jimi sledovala, přičemž navíc by se dalo říci, že se zároveň ke každé otázce váže nějaká hypotéza, tedy, že jsem si položením této otázky chtěla potvrdit nebo naopak vyvrátit nějakou svojí nebo často zároveň obecně přijímanou domněnku. Chtěla jsem nějakým způsobem konfrontovat to, co jsem si přečetla v knihách se skutečným životem jednotlivých lidí.

Otázka č. 1:

Kdy jste u sebe zaznamenal / a první příznaky schizofrenie?

U této otázky mě zajímalo, zda je respondent schopen určit, kdy přesně u něj nemoc propukla, jak moc si na tento zážitek pamatuje a podobně.

Ve většině případů bylo pro respondenta obtížné rozpomenout se, jedna respondentka nedokázala na toto vůbec jasně odpovědět, ba dokonce jsem vlastně nebyla schopná od ní vyzvědět, kdy jí schizofrenie poprvé propukla. Vyjadřovala se natolik nejasně, že jsem si zprvu říkala, jestli si vůbec uvědomuje, že má nějakou duševní nemoc. První respondent zase nevěděl hned, kdy se mu jednoznačně schizofrenie „ozvala“ poprvé a to proto, že měl již dříve jiné psychické problémy a nebyl tedy zřejmě schopen rozeznat, kdy už je to zase něco nového.

Příklad odpovědi: *„První příznaky schizofrenie jsem zaznamenal již v dětství.“*
(rozhovor č. 2)

Otázka č. 2:

Setkal / a jste se, předtím než Vám propukla schizofrenie s někým, kdo má schizofrenii?

Zde mě zajímalo, nakolik měl respondent v době propuknutí své vlastní nemoci vůbec povědomí o schizofrenii nebo zda to pro něj bylo něco úplně nového. Jedna respondentka

odpověděla, že se předtím (v jejím případě tedy se schizoafektivní poruchou) nikdy nesetkala, a že to pro ni bylo něco naprosto nového, nicméně ostatní respondenti již dříve někoho se schizofrenií znali.

Příklad odpovědi: (Setkala ses, předtím než u Tebe Tvá nemoc propukla, s někým, kdo by měl stejnou nemoc?)

„Ne. Tu diagnózu mi určili v tom roce 2005, takže jestli se mi něco dělo divnýho, tak jsem ani nevěděla, jak se to jmenuje nebo, že něco takovýho existuje nebo, že existuje schizofrenie... Takový věci jsem prostě vůbec netušila.“

Takže ses s tím setkala až při té hospitalizaci...

„Jsem byla zařazená do nějaký škatulky, označená...“ (rozhovor č. 3)

Otázka č. 3:

Měl schizofrenii někdo u Vás v rodině?

(Pokud ne zrovna schizofrenii, tak třeba jiné duševní poruchy nebo obtíže?)

Tato otázka částečně souvisí s otázkou předchozí. Pokud by měl totiž respondent v rodině někoho se schizofrenií nebo s podobnou poruchou, znamenalo by to, že již nějaké povědomí o nemoci měl a „nešel“ tedy úplně „do neznámého“. Také mě zde zajímá otázka dědičnosti – nakolik se potvrdí, že je u schizofrenie mimo jiné důležitá také genetika.

Příklad odpovědi: „Moje ségra. Ale ta měla spíš paranoidní schizofrenii.“ (rozhovor č. 4)

Otázka č. 4:

Co se ve Vašem životě od propuknutí schizofrenie podle Vás změnilo?

(Vidíte teď některé věci jinak? Změnily se nějak Vaše hodnoty?)

Doplňující otázka:

Máte teď z něčeho víc strach / cítíte nějakou úzkost?

Zde tato otázka zřejmě nepotřebuje větší komentář. Je jasné, že závažná duševní porucha změní život člověka velice zásadně. Proto jsem otázku upřesnila, byť možná stále ještě nedostatečně, a ptala jsem se na změnu hodnot a na to, jak teď člověk vidí některé věci, které možná dříve ani neviděl nebo je zkrátka viděl jinak.

Doplňující otázka předpokládá, že propuknutí duševní nemoci je pro člověka vždy velký otřes a šok, a proto se ptám, zda má nyní respondent z něčeho (z čehokoli – ze vztahů, z povinností, atd.) více strach, než měl, když byl „zdravý“.

Příklad odpovědi: *„Víc si vážím zdraví, víc ho jakoby hodnotím veš. Všechno, co s tím zdravím souvisí jako věci, který ho můžou poškodit nebo který naopak mu prospívaj, tak považuju jako za důležitý. Chovám se vůči sobě, což souvisí s tím zdravím, zodpovědnějš, a pak taky vůči ostatním zodpovědnějš.“ (rozhovor č. 1)*

Otázka č. 5:

Jak vidíte svou budoucnost?

Myslíte si, že Vás / ji (budoucnost) tato zkušenost nějak ovlivní?

Zde mě zajímalo, jak respondenti vidí svou budoucnost, nejen v souvislosti s nemocí.

Příklad odpovědi: *„Svoji budoucnost vidím dobře. Zejména, když osoby, které mě chtějí fyzicky zlikvidovat, budou fyzicky zlikvidovány.“ (rozhovor č. 2)*

Otázka č. 6:

Našel / Našla jste si mezi duševně nemocnými nějaké nové přátele?

Tato otázka může být zajímavá zejména také proto, že se zabývám i návaznými zařízeními, kam mohou lidé se zkušeností se schizofrenií nebo s podobnou poruchou docházet, a kde se většinou setkávají s lidmi s podobnou zkušeností. Zajímalo mne, zda se tito

lidé mezi sebou přáteli. Zdálo by se snad jednoznačné, že ano, mně nicméně připadá, že úplnou samozřejmostí to není.

Příklad odpovědi: *„Jednu jedinou kamarádku, se kterou se znám už sedum let a spojujou nás úplně ještě jiný věci než tohle. Spojuje nás tohle jako zkušenost, prostě jsme si musely projít podobnejma věcmi, ale kdyby to bylo jenom o tom, tak si s ní nemám, co říct. Právě proto, že jsou tam jiný věci, tak právě proto jsme si blízký. Protože těch lidí, který prošli nemocnicí nebo maj nějakou diagnózu, je strašně moc a nemám si s nima o čem povídat. Nebo jenom v něčem a v podstatě ne možná až tak podstatným.“ (rozhovor č. 3)*

Otázka č. 7:

(Pro upřesnění ot. č. 5) Máte už tedy představu o svém zaměstnání?

Tuto otázku jsem si připravila pro rozvedení otázky č. 5, kde respondenti ne vždy své úmysly ohledně zaměstnání zmiňovali. Otázka č. 5 je spíše vzletná a dosti široká. Zde se tedy ptám na jeden zcela konkrétní aspekt respondentovy budoucnosti.

Příklad odpovědi: *„Mám představu. Třeba, že budu dál malovat a prodávat svoje obrazy. Například. Mám představu každopádně dělat něco naprosto jinýho, než dělám, teď.“ (rozhovor č. 3)*

Otázka č. 8:

Jaké jsou Vaše záliby?

Odlehčující otázka, méně závažná. Navíc zřejmě každý má rád, když se o něj ten druhý zajímá a vyptává se ho na věci, které dělá rád. Pro mě je tato otázka důležitá i z hlediska informace, kterou podává o průběhu nemoci. Zejména dohromady s následující otázkou mi měla zodpovědět, nakolik se lidé se schizofrenií věnují vůbec nějakým koníčkům, nakolik jim třeba jejich nemoc tyto možnosti bere (nebo naopak dává) a vůbec zkrátka, jak takový člověk se zkušeností se schizofrenií tráví svůj volný čas.

Příklad odpovědi: „*Hudba, zpěv, četba. Ted' vlastně i studium vyšší odborný sociálně – právní školy. Dálkově. Výlety, historie.*“ (rozhovor č. 4)

Otázka č. 9:

Měl /a jste jiné záliby před a jiné po propuknutí nemoci?

Zde tedy, jak jsem již naznačila, se zajímám o to, nakolik si lidé po zkušenosti se schizofrenií ponechali své původní koníčky (kterým se věnovali před propuknutím nemoci) nebo nakolik se jich byli nuceni vzdát nebo zda je prostě některé věci přestali bavit a podobně.

Příklad odpovědi: „*Ty záliby jsou takový podobný pořád.*“ (rozhovor č. 4)

Otázka č. 10:

Změnila nějak Vaše nemoc vztahy a atmosféru doma?

Zde mě zajímá, jak nemoc ovlivnila celkové rodinné klima. Já mám samozřejmě k dispozici pouze náhled respondenta.

Příklad odpovědi: „*Atmosféra je asi taková, nebo i vztahy, otevřenější. Asi v rámci zájmu toho, aby se odkrylo to, co tam teda je už pojmenovaný, že tam něco je, co je potřeba jakoby otevřít. Vztahy možná [jsou] s někým ještě jakoby bližší, po tý nemoci, i když zároveň taky od těch druhých a oni ode mě jako takový oddálenější, což je možná tou nemocí, ale zase to vede jenom k tomu – to vzdálení – asi k nějaký touze po tom pochopení a jako potažmo sblížení, takže to zase vedlo nejspíš... nebo to vede k tomu sblížování spíš. A ta atmosféra jakoby nějakýho strachu z nějaký tý křehkosti zdraví se možná objevuje, ale myslím, že ustupuje. Atmosféra se po hospitalizaci stala spíš pozitivní, protože negativní byla už předtím, než se vědělo, o co se jedná, před hospitalizací. [Před hospitalizací] ta atmosféra byla taková napjatá vůči vztahům, protože se to dá chápat, ta staženost u schizofrenie, jako třeba nezáměr o svět, kterej tam vlastně i jakoby je, ale nezáměr jakoby z vůle toho člověka, což třeba není pravda. Takže ta atmosféra je asi lepší než byla. Vztahy jsou takový... Na jednu stranu asi to vychází z nějakých těch poznatků, kdy se má ten člověk, po atace, kdy je zalečený jakoby rehabilitovat, takže trochu takový ty vztahy, kdy do toho vstupuje takový to podněcování*

k nějaký činnosti, čímž teda ty vztahy jsou taky trošku jakoby ani ne v napětí, ale nějak jakoby se snažíci jakoby nějak ovlivňovat jako v dobrým slova smyslu asi.“ (rozhovor č. 1)

Otázka č. 11:

Změnily se vztahy mezi Vámi a Vašimi přáteli?

V této otázce se snažím dovědět něco o tom, jak může vpadnutí duševní nemoci do života člověka ovlivnit jeho přátelské vztahy, jak přátelé na nemoc reagují. Zda se odtahují nebo naopak nemocného podporují apod.

Příklad odpovědi: *„Mám nový přátele. Většinou mám nový přátele. Mám třeba dlouhodobýho kamaráda – přítele - toho svého bývalýho přítele - to je prostě pro mě jakoby nejdelší fungující vztah – dvanáctiletý (půlku z toho jsme spolu byli, půlku ne). Pak třeba tady ta kamarádka, co jsem jí potkala v těch Bohnicích, ale zbytek se proměňoval. Vždycky nějak odpadli, i když jsem právě třeba potřebovala, tak odpadli. V průběhu života různě odpadávali, takže prostě jsem si tisíckrát pokládala otázku – proč, a co jsem dělala špatně. Prostě to tak bylo. Ted' to vypadá, že je to našlápnutý docela hezky, ale – to je asi na mně, jestli budu schopná si to udržet.“ (rozhovor č. 3)*

Otázka č. 12:

Máte stálého partnera / partnerku?

Této otázky jsem se upřímně velmi bála – jak na ni respondenti budou reagovat, zda jim nebude připadat příliš osobní. Šlo mi, podobně jako v předchozí otázce, o to, dovědět se něco o vlivu nemoci na vztahy, tentokrát o vlivu na vztahy partnerské. Navíc jsem vycházela z předpokladu, že pro partnerský vztah musí být nemoc mnohem větší zátěží než pro vztahy přátelské, protože zatímco přátelů máme většinou víc a hlavně s nimi netrávíme veškerý čas (pokud se nejedná o nějaké velmi vřelé přátelství, kdy se dva přátelé od sebe nehnou na krok), právě s partnerem obvykle tu většinu času trávíme a jeho role je naprosto unikátní (pokud pomineme méně obvyklé modely, kde by snad jeden člověk mohl mít více partnerů). Přítel se může tu a tam vymluvit, že nemá čas, ale partner? Pro partnera je jistě tato nemoc něco, co může těžko ignorovat, partner je vlastně podobně významný jako rodina. Proto jsem se touto otázkou mimo jiné ptala – unese to partner?

Příklad odpovědi: „*Na to nechci v tuto chvíli odpovídat.*“ (rozhovor č. 3)

Doplňující otázka:

Měl / a jste stálého partnera / partnerku před propuknutím nemoci?

Právě pro důvody, kvůli kterým jsem tuto osobní otázku vůbec respondentům pokládala, jsem se, abych měla jistotu, že jsem dobře pochopila vývoj životního příběhu respondenta musela zeptat i na to, zda měl/a stálého partnera/partnerku před propuknutím nemoci. Pokud by totiž respondent na předchozí otázku odpověděl, že partnerku nemá, mohlo by to znamenat buď, že už ji nemá třeba pět let a nijak to třeba ani nesouviselo s nemocí, nebo ale také to, že se s ním partner/ka rozešel/rozešla (nebo on/a s ní/m) těsně po atace.

Příklad odpovědi: „*Můj první vztah trval šest let. Nedokážu říct, jestli to ztroskotalo tady na tom, možná ani úplně ne, nebo částečně třeba. Ale každopádně – nerozešli jsme se v té krizi, nerozešli jsme se v době, kdy já jsem šla do nemocnice. Rozešli jsme se dost dlouho potom. Chodil za mnou do nemocnice každý den a přečkali jsme to spolu. Byl jedinej, kterej stál opravdu při mně. Byl jedinej, kterej stál opravdu při mně i v době, kdy už nebyl můj přítel, ale jenom kamarád.*“ (rozhovor č. 3)

Otázka č. 13:

Máte / Plánujete do budoucna rodinu?

Souvisí mimo jiné i s předchozí otázkou, ovšem ne úplně nutně. Zajímalo mě respondentův názor na rodinu a podobné věci obecně, i když třeba momentálně ani žádného partnera/partnerku nemá (a tudíž zatím nemůže například reálně plánovat potomstvo).

Příklad odpovědi: „*Tak rodinu v podstatě neplánuju, ani tak bych se nebál toho, že kdybych jí měl založit, že by ta nemoc nějak ovlivnila ty potomky, ale mám přesvědčení, který ani není možná od té nemoci odvozenej, ale v té nemoci jsem to teda hodně měl takovýhle spojený s těma hlasama, který mi vlastně říkaly, že mít rodinu je prostě špatný a to je možná jenom rys, kterej ve mně prostě je a byl tou nemocí vyhrocenej, teda jako vystupňovanej do extrému, až do takovýho, z kterýho před tím nebyl vůbec znatelný a teďka aspoň to, že byl znatelný už pro něj znamenalo, že je hodně vyhrocenej a... takže tu rodinu by tenhle můj*

názor asi ovlivnil, ale jako z důvodu nemoci bych se asi v tomhle směru neomezoval.“
(rozhovor č. 1)

Otázka č. 14:

Cítíte teď v životě nějaká omezení?

Předem jsem sice očekávala, že nějaká omezení duševní nemoc typu schizofrenie určitě přinese, nicméně tu byl samozřejmě i prostor pro to, aby respondent třeba řekl, že vůbec žádná omezení necítí.

Příklad odpovědi: *„V něčem jo no.“*

A souvisí to s tou nemocí?

„Hm.“

Chtěla bys to trochu rozvést nebo říct nějaký příklad omezení?

Co cítíš jako omezení?

„Asi samotnej ten fakt toho označení, zase jsme u toho – ta stigmatizace, třeba z hlediska hledání práce. Stalo se při té druhý hospitalizaci i to, že mám omezenou způsobilost a to se u nás v Čechách děje dost často, mnohem častěji, než v jiných zemích. A samozřejmě budu žádat o to, aby mi to vrátili, abych jí neměla omezenou. Ale tak tyhle dvě věci – to jsou spojený nádoby, tak to je prostě pro mě dost taková jako

A v čem to tedy konkrétně u Tebe spočívá – ta omezená způsobilost?

Přidělili mi opatrovníka, kterým je shodou okolností můj otec, protože to tak jako vymyslel, a protože s tím souhlasil a tak a on je v podstatě správcem mých financí, tím pádem nějakým způsobem má nade mnou dá se říct i moc nebo prostě ovlivňuje průběh mého života nějakým způsobem, protože na to, s čím souhlasí, na to peníze dá, na to, s čím nesouhlasí, na to třeba nechce a normálně bych se v tomhle věku už nemusela bavit s tátou o tom, co chci dělat a jakým způsobem chci svůj život vést. A musí za mě podepisovat smlouvy, nemůžu třeba pracovat s penězi jako v zaměstnání. A už jen prostě ten pocit toho opatrovníka – zase prostě další stigmatizace. Je to celkově nepříjemný hodně. A ještě to, že vlastně teprve mám před tím soudem, ještě neproběhnul, ještě jsem ani nezažádala z různých důvodů. Pak mě taky

omezuje v tom, že nedělám úplně rozhodnutí tak, jak bych chtěla, protože mám pocit, že se musím chovat tak, aby to soudu připadalo normální, aby v době, kdy bude probíhat soud všechno bylo tak, jak se pokládá za normální a odhadnout to a prostě, aby se mi to vrátilo, abych to dostala zpátky. Je to takový divný no. Slyšela jsem už jako víckrát nějaký tendence o tom, že by to měli úplně zrušit nebo tak, ale snad až v roce 2014, já nevím, co je na tom pravdy, zatím se ke mně nedostala žádná konkrétní a opravdu jistá informace.“ (rozhovor č. 3)

Otázka č. 15:

Čeho se momentálně nejvíc obáváte nebo bojíte?

Otázka o strachu je zde vlastně už podruhé. Opět předpokládám, že nejistota vlastního duševního zdraví je pro člověka zpravidla stresující a vyvolává v něm především silnou úzkost a obavu o sebe, o okolí i o budoucnost, nicméně opět je tu prostor, aby respondent uvedl, že se nebojí ničeho, nebo že zkrátka obecně nemá v životě více obav, než měl před propuknutím nemoci.

Příklad odpovědi: „V současné době se nejvíc bojím metařů – profesionálů.“

Proč se jich bojíte?

„Bojím se jich proto, protože, když mezi ně jdu, tak nikdy nemetu tak profesionálně jako metou oni - profesionálně. Páč na rozdíl od nich já tam budu jenom na čtyry hodiny, zatímco oni jsou profesionální metaři a metou celých osum hodin. To v KFC je to jiný, tam si v pohodě smažím kuřata a každému je to jedno.“

Bojíte se ještě něčeho dalšího?

„Jinak se vcelku nebojím ničeho, páč, když mi někdo zničí knížky, tak budu poslouchat klasickou hudbu, a když mi někdo zničí klasickou hudbu, tak budu číst kníky jo.. Mně to je jedno.“ (rozhovor č. 2)

Otázka č. 16:

Z čeho jste měl / a v poslední době největší radost?

Zde jsem si sama sobě chtěla připomenout, že i když člověk s duševní nemocí řeší řadu vysoce závažných problémů, určitě z jeho života přeci jen nevymizela radost. A kdo ví - možná, že se z některých věcí dokáže radovat i více a opravdověji, než my „zdraví“, kteří se ničeho nebojíme a vše nám připadá jako samozřejmost. Navíc jsem opět chtěla vyvážit všechny ty závažné, leckdy až lehce depresivní otázky a zeptat se na něco optimističtějšího.

Příklad odpovědi: *„Největší radost jsem měl z toho, že jsem si koupil křečka a... pustil jsem ho. To znamená, že chtěl být svobodnej a já jsem s ním chvíli žil a pak jsem ho pustil do volný přírody, takže... On vyrostl mezi lidma a já jsem si ho koupil a pak jsem ho pustil, takže vlastně ten křeček dosáhl toho, čeho chtěl, pak se zbavil lidí a konečně byl svobodnej no.“ (rozhovor č. 2)*

Otázka č. 17:

Myslíte si, že Vás Vaše nemoc nějak změnila? Pokud ano, jak?

Zde mě zajímalo, zda si respondent sám o sobě, tedy ze svého pohledu myslí, že se nemocí nějak změnil, tedy, že byl dříve jiný, než je teď – po zkušenosti s nemocí.

Příklad odpovědi: *„Tak moje nemoc mě asi trošku změnila názor na možnosti lidský. Na jednu stranu mi vnukla myšlenku, že by mohly být ty možnosti skoro málo omezený, protože jde třeba spadnout do tohohle stavu a zase se z něj dostat, ale na druhou stranu zase to, že do něj jde spadnout, tak mi trošku nějak ty meze ukázala, že tady nějaký jsou. Trošku mě přivedla na tu rovinu toho člověka, že je prostě důležitý, jak funguje v té psychický rovině, že je důležitý fungovat na té psychický rovině, což znamená pro mě hodně jako fungovat sám, ale i teda asi hlavně jakoby ve vztahu.“ (rozhovor č. 1)*

Otázka č. 18:

Jste věřící? Pokud ano, v co věříte?

Hlásíte se k nějaké církvi nebo k nějakému náboženství?

Protože studuji mimo jiné i teologii, zajímalo mě i duchovní „zaměření“ respondentů a případně také, zdali by třeba jejich experimentování s různými duchovními cestami a technikami nemohlo nějak souviset i s jejich nemocí, resp. s propuknutím nemoci.

příklad odpovědi: *„K církvi se nehlásím, už ne, protože mě nějak přestalo zajímat uzavírat tu víru do nějakých.. i prostor třeba. Už jsem přestala mít tolik vztah i k nějakým kostelům a takovým věcem, že prostě – všechno to nahradila příroda. A je mi blízký ten východ. Věřím v zákon karmy. (...)“*

Otázka č. 19:

S čím myslíte, že u Vás mohlo souviset propuknutí schizofrenie?

Zde se tedy ptám, s čím si sami respondenti myslí, že mohlo propuknutí jejich nemoci souviset, nehledě na to, co jim třeba řekl lékař apod.

Příklad odpovědi: *„Kdy si myslím, že jsem měl první kontakt se schizofrenií? Bylo to v prvéku veškerý na školním výletě, pobytu. Najednou sem měl pocit, že jsem s něčím vyšším než já v kontaktu a zároveň jsem toho součástí, cítil sem absolutní jistotu že to tam se mnou je, rozumem bych to nedokázal vysvětlit - absolutně sem se vydal emocím, které sem cítil a neposuzoval sem situaci nebo stav rozumem nebo to ani nešlo uchopit. V reálu to bylo tak že sem po PROBDĚLÉ NOCI kdy sem nemohl spát - protože sem byl v místnosti s jednou holkou do které jsem se, myslím tu noc, zamiloval a napřed sme byli dlouho vzhůru oba, pamatuju si že sme se bavili a mě to bavilo možná o životě a pak ona naproti mě na gauči usla. Já sem seděl naproti ní a ani mě nenapadlo spát - neměl sem potřebu - a díval sem se na ní. Pak myslim vstala a odešla do pokoje (nebo sem jí přestal tak intenzivně - že bych nevnímal okolí - vnímat) Seděl sem tedy teď po té probdělé noci naproti oknu a venku se začalorozednívat, díval sem se z okna, a tehdy sem pocítil tu nesmírnou radost ze života a potřebnost a že má všechno, vlastně jakoby cokoliv, smysl. Nějak zase byla v místnosti. Musel*

sem vstát a jít do vedlejší místnosti pak, tam sem chodil a cítil tu radost. Pak sem se myslím, začal smát. nevím jestli předtím nebo potom sem vzal z regálu knihu a začal si jí prohlížet - přišla mi úžasná - a pak, jak sem se smál, tak sem najednou začal brečet, že přišla za mnou z druhého pokoje, chtěla jít za mnou ale já před ní popošel, nevěděl sem proč brečím ale nějak to souviselo s tou nocí, s ní, a zároveň se mnou a celým mým prožitým životem. Toto mě napadá, jako můj první kontakt s onemocněním. Myslím že následující den sem se na sebe nemohl podívat do zrcadla a slíbil sem si, že něco abych se do něj mohl na sebe podívat, té dívce o mých pocitech k ní řeknu. Asi mě to stálo velké přemáhání a boj se sebou samým. Ale řekl sem jito po určité době že sem se do ní zamiloval. Miloval sem jí. Bysl sem v té době s jinou dívkou. Když sem jí to (že jí miluju) řekl, řekla mi ať se s ní nerozcházím. Pochopil sem to že ať se sní rozejdu. Ale to jsem nechtěl - což jsem jí - než mi řekla ať se smojí dívkou nerozcházím - řekl. Byla to nešťastná láska, možná jedna z příčin mojí schizofrenie. Byl sem nešťastný. Snažil sem se to skrývat. První projevy nemoci sem tedy možná pocítil tu probdělou noc, ráno.“(dodatek k rozhovoru č. 1. Respondenta to napadlo až dodatečně – co mohl být první projev nemoci.)

Otázka č. 20:

Jak jste na tom teď? (Podle lékaře i podle sebe)

Touto otázkou jsem chtěla tak nějak doplnit vše, co jsem se o klientovi dověděla, abych si pak mohla vytvořit úplnější obraz o celkové situaci klienta.

Příklad odpovědi: „Podle lékaře... lékaři by mi nejradši píchali Ziparelu, což je tekutá Ziprexa, ale já mám radši než ty injekce, když si ten prášek ráno vezmu. Víc mi vyhovují ty prášky než jednou za 14 dní tekutou Ziparelu. To mi moc nevyhovuje ty injekční léky, tam jsem se nějak moc nenašel. Sice je pravda, že mi píchnou lék a pak 14 dní nemusím nic brát, ale pro mě je výhodnější si každý den ten prášek vzít – to je pro mě lepší.“ (rozhovor č. 2)

Otázka č. 21:

Navštěvujete pravidelně psychiatra?

Vycházela jsem z premisi, že zdaleka ne všichni lidé psychiatrům důvěřují a zajímalo mne, zda se třeba najdou tak zaníceně nedůvěřiví jedinci, kteří by i v případě závažné duševní poruchy odmítali k psychiatrovi chodit.

Příklad odpovědi: „Jo.“ (rozhovor č. 3)

Otázka č. 22:

Jste spokojený / á se svým psychiatrem? Důvěřujete mu?

Související otázka. Zde mě zajímá, pokud už tedy respondent k nějakému psychiatrovi dochází, zda je s ním tedy spokojený.

Příklad odpovědi: „Nedokážu to říct úplně. Že bych plně důvěřovala nějakému, jakýmkoliv psychiatrovi to naprosto nemůžu říct. Je pravda, že s mojí doktorkou se mi ten vztah nějakým způsobem vyvíjí. Třeba pozitivní mi připadá už to, že se mě vždycky, i když jsem třeba měla takovou docela krizi v tomhle směru, ptala, jestli maluju, a já vždycky: „Né.“ a ona vždycky: „Tak malujte!“ A pak si dokonce koupila dva obrazy. Jakože tam nějaký pochopení jakoby je, ale v něčem třeba vůbec, už jenom třeba proto, že ona sama má život úplně jinej, že zase jakoby reprezentuje určité způsob fungování, kterej třeba pro mě jakoby není vůbec inspirativní. Ale je to nějaký vývoj – něco o mě pochopila a v něčem se ten vztah vyvinul. Jenže ona teď je na mateřský a mám úplně novou, se kterou se mi vůbec nechce nic moc rozebírat, protože se mi o tom celým nechce mluvit znova, ale je to dočasný a v podstatě mám spíš v plánu ještě doktora hledat, abych opravdu našla třeba člověka, kterej bude hledat ještě jiný alternativy, než jenom tu klasickou medicínu, aby to nebyl jenom zástupce tý klasický medicíny, že asi mym cílem je najít – kdybych to převedla na tu ajurvědu, která je jediná, kde mluvím o konkrétní medicíně nebo konkrétním přístupu, tak budu hledat třeba psychiatra se zájmem o ajurvědu a ajurvédskýho lékaře, kterej má ponětí o psychiatrii. Aby to bylo návazný, aby to bylo propojený, aby v případě toho, že budu chtít postupně pomalu opouštět ty prášky, aby to bylo pod kontrolou. Abych se nedala všanc nějakýmu alternativnímu esoterikovi, bláznovi nějakýmu, kterej prostě vůbec neví, co dělá a nemá žádný

zkušenosti a zároveň mě nebaví trávit čas s psychiatrami, kterým prostě horem pádem něco vysvětluješ a oni o tom nemají ani páru, protože prostě na tuhle Tvou vlnu a přirozenost vůbec nejsou naladěný. Takže nějak tak. Jestli to může nebo ne jakoby dojít tímhle směrem s tou mojí psychiatrickou, jestli to může takhle jakoby jít to nedokážu v tuhle chvíli posoudit, jako už s ní zase teď nejsem v kontaktu, takže – kdyby se ukázalo, že i s ní můžu touhle cestou jít, tak ideální je neměnit každou chvíli doktora, to taky nikam nevede, ale prostě pokud se ukáže, že ne, tak prostě změna.“

Otázka č. 23:

Pomáhá Vám ještě někdo kromě psychiatra? (Terapeut, sociální pracovník, právní poradce, ...)

Tato otázka mi připadá pro mou práci velmi podstatná a důležitá. Zajímalo mě, nakolik tedy lidé se schizofrenií po tom, co navštíví psychiatra nebo projdou hospitalizací, reálně využívají návazných sociálních služeb. Zda mají nějakého konzultanta, case – managera nebo zda jsou jenom ponecháni sami sobě, případně zda jsou „pouze“ v péči své rodiny.

Příklad odpovědi: „*Pomáhá mi samozřejmě rodina*“.

Ano, ale já mám teď na mysli ty odborníky...

„Pomáhá mi třeba sociální pracovník, to znamená, že když se někdy necejtim něco zaplatit, tak tam se mnou může zajít sociální pracovník.“

Toho máte odkud – z jaké organizace?

„Z Ondřejova.“ (rozhovor č. 2)

Otázka č. 24:

Užíváte psychofarmaka? Pokud ano, jaká?

U této otázky jsem se dlouho zamýšlela, zda ji mám vůbec zařadit. Napadalo mě opět, že je to příliš osobní a navíc zřejmě někde na hranici lékařského tajemství. Vzhledem k tomu, že je dotazník anonymní a já jsem samozřejmě připravena být maximálně diskrétní a nikomu údaje o respondentech nepředávat, rozhodla jsem se nakonec, že tuto otázku ponechám. Opět spíše za účelem doplnění si celkového obrázku.

Příklad odpovědi: *„Užívám psychofarmaka s pravidelným dávkováním a nárazově prášky na uklidnění, ale ty už v poslední době hlavně po upravení smyslu jejich užívání od mého psychiatra je tolik neužívám a v podstatě by se dalo říct, že vůbec.“ (rozhovor č. 1)*

Otázka č. 25:

Kdy jste se rozhodl/a navštívit odborníka? Co bylo impulsem, že jste si řekl/a, že už Váš stav vyžaduje péči odborníka?

Zde mě zajímalo, kdy začal mít respondent natolik silný dojem, že „se něco děje“, že se raději rozhodl navštívit odborníka raději, než aby to třeba ještě zkoušel zvládnout sám.

Příklad odpovědi: Kdy jsi se rozhodla navštívit odborníka?

„Nikdy!“

Ale navštívila jsi ho nakonec...

„Protože jsem k tomu byla donucená.“

Takže jestli tomu dobře rozumím, tak Ty, kdyby bylo po Tvém, tak bys k tomu odborníkovi sama nešla...

„No, ani v jednom případě. Ne k těmhle prostě.“

Otázka č. 26:

Napadlo Vás, že by se mohlo jednat o schizofrenii, předtím než Vám to sdělil odborník?

Zde mě zajímalo, zda třeba bylo možné, že by respondent svou diagnózu nějakým způsobem předem tušil nebo zdali vůbec nevěděl, „co se to s ním děje“.

Příklad odpovědi: *„Nenapadlo. Nevěděl jsem vůbec, že by ten stav mohl bejt nějak odborně popsanej a nějak prozkoumanej. Myslel jsem, že se se mnou děje něco, co není vůbec obvyklý nebo co není vůbec možný ani... aby se dělo někomu jinýmu. A jestli jsem si to nějak vykládal, že by to bylo možný, tak spíš nějakou tou spirituální cestou, která mi byla v tu chvíli jakoby – tím, že jsem se ocital v blízkosti těch informací – blíž. Vykládal jsem si to spíš tak a to jsem spíš očekával nějaký zlepšení, i když na druhou stranu jsem si uvědomoval, že se to spíš zhoršuje, ale čekal jsem nějaký převrat. Ani ne tak můj převrat, ale převrat jakoby veškerýho všeho dění, že bude lepší a na sobě jsem už tak ani... [jsem to] bral, že asi budu lepší i já pak.“ (rozhovor č. 1)*

Otázka č. 27:

Za kterým odborníkem jste zašel nejprve?

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, kam se respondent obrátil hned na začátku, když třeba ještě ani pořádně netušil, kam má nebo kam vůbec všude může jít.

Příklad odpovědi: *Zašel jsem za mojí psychiatrickou – psychologkou, za kterou jsem ale v té době moc nechodil, vlastně jenom, když mi došly léky a to už ani to ne. Když mi došly, tak jsem vlastně tam kvůli nim nešel a... Do Esetu jsem jel. (rozhovor č. 1)*

Otázka č. 28:

Myslíte si, že jsou dostupné služby pro duševně nemocné dostačující rozsahem a kvalitou?

Toto je obecnější otázka, která už není tolik osobní a nezkoumá životní zvraty klienta, nýbrž pouze jeho názor na obecnou problematiku.

Příklad odpovědi: *„Myslím, že jo, ale vzhledem k tomu, že bude asi zřejmě čím dál tím méně peněz, tak se to asi bude celý profesionalizovat, to znamená, že se zřejmě časem omezí péče na nezbytně nutné případy. To znamená, že třeba už asi nebudou sociální pracovníci, ještě tak ti psychologové, ale vlastně nejistější to mají psychiatři – to bylo vždycky.*

(...) Pak zřejmě přijdou ti psychiatři zpátky s těma středověkejma metodama, jako je třeba sprchování studenou vodou, klystýr a různý takovýhle věci, ale to už pak není věda, to už je prakticky mučení.“ (rozhovor č. 2)

Otázka č. 29:

Do jakého / jakých zařízení nebo organizace / í docházíte teď?

Zde jsem zcela „průhledně“ sledovala jeden z hlavních zájmů mé práce, a totiž zmapování konkrétních možností, kam se mohou lidé se schizofrenií obrátit o pomoc o radu nebo kde mohou trávit volný čas, osvojovat si nové dovednosti a podobně.

Příklad odpovědi: *„Chodím do Fokusu – do klubu Libuše, docházím do Ústavní ulice do Bohnic a docházím na Ondřejov.“ (rozhovor č. 2)*

Otázka č. 30:

Zajímáte se teď o problematiku duševních nemocí více než dříve?

Zde zkoumám, zda se respondenti nyní více zajímají o problematiku duševního zdraví a duševních nemocí nebo zdali si od těchto věcí snaží spíše držet odstup a tolik na ně nemyslet.

Příklad odpovědi: *„V podstatě se zajímám asi víc, ale spíš jakoby jinak, trochu konkrétněji, že se zaměřuju třeba na ty duševní nemoci, se kterýma mám tu zkušenost nebo – to nevím, jestli souvisí s těma duševníma onemocněníma, ale prostě spíš o problematiku*

člověka jako takovýho, jakoby o ten vztah těch složek v člověku, z nichž jedna je pro mě ta psychická, a [o] tu jakoby asi nejvíc z toho.“ (rozhovor č. 1)

Otázka č. 31:

Co nebo kdo Vám nejvíce pomohl/o se s nemocí vyrovnat?

Zde jsem měla na mysli třeba blízkého člověka nebo nějaké hlubší životní poznání nebo víra. Samozřejmě ale respondent mohl „překvapit“ něčím úplně jiným.

Příklad odpovědi: „*Nejvíc mi pomohla se s tou nemocí vyrovnat rodina.*“ (rozhovor č. 2)

Otázka č. 32:

Myslíte si, že Vám tato Vaše zkušenost, tedy zkušenost s nemocí něco dala?

Opět snaha o optimističtější pohled a především snaha zjistit, jak to vnímá sám respondent.

Příklad odpovědi: „*Myslím si, že mi to nic nedalo, protože, když je člověk nemocnej, tak vám to těžko asi nějak pomůže. To je jako kdyby vám tvrdili, že když budete mít zápal plic, že po zápalu plic budete mít kvalitnější plíce... To je nesmysl. Když je člověk nemocnej, tak zkrátka řeší nějakou chorobu a neznamena to, že by to člověka nějakým způsobem zocelilo. Když vás někdo střelí do nohy, tak to těžko člověka přesvědčí, že když se z toho dostanete, tak že pak budete mít kvalitnější nohu. Většinou je to tak, že když vás střelej do nohy, tak získáte zkušenost s tím, jaký je to, když vás někdo střelí do nohy, ale zase na druhou stranu pak až do smrti kulháte.*“ (rozhovor č. 2)

Otázka č. 33:

Jaké byly podle Vás naopak ztráty? Co jste touto nemocí ztratil / a?

Poměrně jasná otázka. Ptám se respondenta, co subjektivně ve svém životě se zkušeností s duševní nemocí vnímá jako ztrátu.

Příklad odpovědi: *„Ztratil jsem takovej jakoby zájem o všechno možný a zároveň taky. Na druhou stranu jsem taky spíš získal, protože jsem ztratil takovej tunelovej pohled, kterej byl sice omezující, ale v něčem zase – k dostání se dál v tý konkrétní věci mohl vést k hlubšímu poznání, i když jenom v tý jedný... takže to bylo trošku takový tunelový, omezený jakoby dívání se nebo poznání, takže to jsem jakoby spíš možná získal, ale trošku jsem i ztratil tady tu vlastnost jako do něčeho se prostě ponořit bez ohledu na to dívání se na nějaký okolnosti, co to může způsobovat, kam to třeba povede jakoby... ostatní věci, když se budu věnovat něčemu naplno. Takže by se dalo říct taková apatie jako, která teda jakoby ustupuje.“*

Takže ta apatie se teď objevila?

„No, po tom léčení. Trošku, že jsem se cejtil takovej... takovej ne ořesenej, ale jako by to nějak mnou otřásl a já jsem se jako... to bylo zjištění, že ten způsob, kterým jsem žil mě zavedl do tý nemoci nebo třeba že jsem k tomu byl nějak předurčený, tak to mě vedlo k tomu, že jsem se začal stranit jakoby věcí a pouštění se do nich a to se projevovalo takovou apatií a nezájmem jakoby.“

Do čeho jsi se třeba bál pouštět?

„No tak už jenom do samotnýho jakoby do života, někdy do přemejšlení, někdy bál a někdy mi to totiž udělalo to, že jsem ani nebyl jakoby toho ani v myšlenkách schopnej, takže jsem to už ani nezkoušel. To by ani nebylo možný bez toho, že bych to promýšlel. Takže nějak jsem se do toho vůbec nepouštěl už, spíš jsem tak monotónně jakoby existoval jenom. Jakoby v tom, co samo přišlo a nic jsem ani nevyhledával, nějaký podněty a moc jsem jim asi ani nebyl otevřený. To, jak jsem byl jakoby uzavřený těm podnětům, tak jsem třeba z tý uzavřenosti nebo asi z nechutě nebo... prostě nečekal jsem žádnou inspiraci nikde nebo taky jsem se do ničeho nepouštěl a třeba jsem celej den jenom ležel a nic nedělal a snažil jsem se nějak jenom zabít čas anebo prostě jakoby nebejt a nemyslet.“

A jak jsi to třeba dělal, abys mohl nebýt a nemyslet? To jsi třeba raději spal? Nebo jak to bylo?

„No, snažil jsem se spát a ležel jsem prostě v takový neutrální poloze, kterou by jsem si jako sám nemohl nic vykládat, jako že mám nějakou polohu, která třeba řečí těla něco vykládá a snažil jsem se ležet teda nějak, abych jako nic neříkal, kdyby třeba někdo přišel do pokoje nebo aby se toho nemohl chytit a začít třeba na něco vést hovor třeba, že mu přijde, že se nějak cejtim, chtěl jsem jakoby, aby to i vypadalo tak, jak jsem jakoby chtěl, abych se cejtil a abych si to pak moh jakoby navodit...“ (rozhovor č. 1)

Otázka č. 34:

Míváte / měl / a jste někdy deprese?

Obecně se má za to, že schizofrenii často doprovází i deprese (viz. i některé pasáže výše zde v mé práci).

Příklad odpovědi: *„Depresema netrpím. Trpím spíš... ani netrpím jako melancholií nebo nějakým takovejhlema věcmá, spíš trpím agresivitou. Ale ne z mé strany. Když je na mě někdo agresivní, tak bejvám z toho naštvanej. Špatně snášim násilí a agresivitu.“ (rozhovor č. 2)*

Otázka č. 35:

Trpíte někdy nespavostí, nechutenstvím nebo jinými obtížemi, které by podle Vás mohly souviset s Vaším duševním stavem? Nebo s léky... (vedlejší účinky)

Zajímal mne i fyzický stav/stavy provázející respondenta realitou duševní nemoci.

Příklad odpovědi: *„Vedlejší účinky ty léky maj, například jeden účinek těch léků je, že se člověku chce spát. Jiný léky jsou částečně halucinogenní, to znamená, že máte třeba pocit, že se zed' vlní, nebo že váš prst není váš prst, ale je to prostě něco, prostě halucinace.“*

Ale to Vy nemíváte – ty halucinace...

„Jenom, když jsem v Bohnicích, protože tam vám dávají silnější léky, než normálně беру jinde.“

Vy jste tam někdy byl hospitalizovaný?

„Dvakrát.“

Z těch příznaků je to tedy hlavně ta únava...

„Většinou jo. Většinou to bývá totální zničení a únava.“

Otázka č. 36:

Změnilo se podle Vás něco v oblasti studia, resp. dokázal / a byste popsat, jak se vyvíjely Vaše studijní výsledky / pracovní výkonnost? Jaké/á byly/a před propuknutím nemoci a jaké po návratu z hospitalizace?

Tato otázka mě velmi zajímala – zda nějak nemoc zhoršila pracovní nebo studijní výsledky, případně jaké konkrétní problémy potom respondenti v práci nebo při studiu měli.

Příklad odpovědi: *„No tak bylo to ovlivněný po nemoci taky..., nebo po té hospitalizaci ještě těma průvodníma jevama, ale to bylo spíš takový vedlejší jevy, který nějak můžou ovlivňovat to učení než samotná schopnost toho učení.“*

Jaké byly třeba ty průvodní jevy?

„Tak vůbec samotná motivace ze začátku, že nebyla... taková nedůvěra v sebe... vůbec začít něco dělat... - jestli to stejně bude mít dobrej konec a takhle. Pak nějaká ta ospalost taky.“

14.2. Rozhovory – závěr

Ukázalo se, že udělat z mých pěti rozhovorů nějaký závěr bude poměrně svízelné.

Bylo tedy předem jasné, že podobné rozhovory nepřinesou nějaká významnější statistická data, nicméně nadto jsem zjistila, že každý respondent z mého vzorku je úplně jiný a tedy i každý rozhovor se, dalo by se říci, ubíral jiným směrem.

Líbilo se mi, že mi respondenti během rozhovorů úspěšně vyvraceli moje hypotézy a domněnky. Jako příklad uvedu třeba svojí domněnku ohledně trvanlivosti partnerských vztahů. Domnívala jsem se (pod vlivem svého laického pohledu na situaci a zároveň i pod vlivem náznaků z odborné literatury), že partnerský vztah většinou ataku neustojí. Ne, že by to vůbec nebyla pravda, ale stejně jako u mnoha dalších věcí se ukázalo, že „je to složitější“...

Dověděla jsem se díky svým respondentům o případech, kdy se situace vyvíjela naprosto opačně, než bych já na základě svých hypotéz předpokládala. Také jsem se mimo jiné dověděla, že duševní nemoc nemusí nutně znamenat problémy se studiem nebo ztrátu zálib a podobně.

Dalo by se říci, že mám pocit, že toho vím zase o něco méně... To se mi na tom celém ale právě hodně líbí – dostala jsem spoustu nových impulsů, o co se nadále mohu zajímat a mám teď mnohem více otázek, než jsem měla předtím. Dalo by se říci, že moje konfrontace (a třeba i konfrontace někoho, kdo si rozhovory uvedené v přílohách přečte) s reálnou individualizovanou skutečností a se zkušeností těch pěti respondentů, které jsem měla to štěstí potkat a vyzpovídat dopadla velice dobře. Cítím se obohacena a doufám, že i mým respondentům toto setkání něco dalo, případně, že záznam tohoto setkání něco dá i potenciálnímu čtenáři.

15. Dotazníkové šetření

Jako další část svého výzkumu jsem si připravila menší dotazníkové šetření. Zhotovila jsem poměrně krátký dotazník o deseti otázkách, který je anonymní. Odpovídajících jsem se ptala pouze na některé základní údaje, tedy na jejich pohlaví, věk, povolání a vzdělání. Hned na začátku jsem si určila poměrně širokou cílovou skupinu a to „zdravou“ laickou populaci. Dotazník tedy neměl být určen lidem, kteří mají zkušenost se schizofrenií a pokud možno ani ne odborníkům a pomáhajícím pracovníkům, kteří se jim věnují. Našly se nakonec tři případy (o kterých vím, protože dotazník je anonymní a ne se všemi respondenty se osobně znám), kdy jsem dotazník dala k vyplnění i dvěma lidem, kteří se lidem s duševním onemocněním věnují a jeden případ, kdy jeden můj známý, o kterém vím, že má zkušenost se schizofrenií, sám chtěl dotazník vyplnit a vyplnil jej.

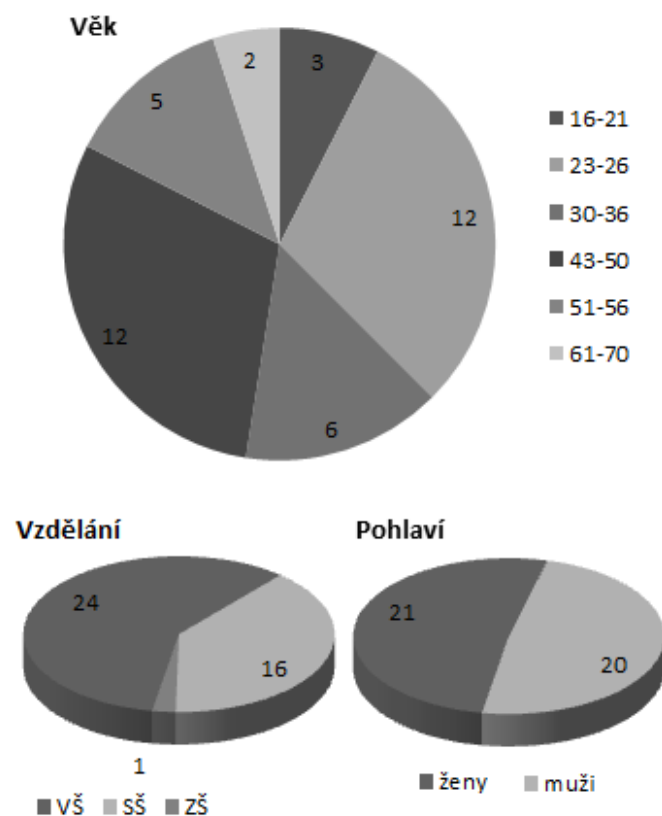
Vzorek respondentů

Nakonec v mém dotazníkovém šetření odpovídalo celkem 41 lidí – 21 žena a 20 mužů. V kolonce vzdělání se nejčastěji objevila možnost VŠ, druhá nejčastější byla možnost SŠ – tam spadají také studenti vysokých škol, kteří své vzdělání ještě nezakončili. Nebylo mým úmyslem volit pouze vysokoškolsky nebo středoškolsky vzdělané respondenty, vyplynulo to ale zřejmě z prostředí, kde se pohybují.

Pokud se týká povolání, tak je vzorek poměrně pestrý. Nejčastější možností je zde tedy *student*, na druhém místě je to *ekonom* (4 lidé) a o druhé místo se dělí *manažer/ka* (3 lidé) a *učitel/ka* (3 lidé). Dále se objevovala tato povolání: podnikatel/ka (2 lidé), pracovnice v administrativě (2 lidé), strojvedoucí, architekt, sociální pracovnice, copywriter/idea maker, IT technik, kněz, důchodkyně, pracující důchodkyně, vedoucí reklamního oddělení, tisková mluvčí, dětská sestra, letový dispečer, osobní pokladní a socioterapeut (po jednom respondentovi). Jeden respondent své povolání neuvedl.

Věkové rozmezí respondentů se pohybuje od 16 – ti do 70 – ti let. Nejvíce byl zastoupen věk 23 a 24 let (po 4 lidech). Hodně bylo také čtyřicátníků. (Přesné věkové rozložení viz. graf.)

Povolání	Počet
student/ka	12
ekonom/ka	4
učitel/ka	3
manažer/ka	3
podnikatel/ka	2
úředník/úřednice	2
strojvedoucí	1
architekt/ka	1
soc. pracovník/pracovnice	1
copywriter	1
IT technik	1
Kněz	1
důchodce/důchodkyně	1
pracující důchodce/důchodkyně	1
vedoucí reklamního oddělení	1
tiskový/á mluvčí	1
dětská sestra	1
letový dispečer/ka	1
osobní pokladní	1
socioterapeut/ka	1
neuvedl/a	1



Obrázek 1: Struktura dotazovaných (vlastní tvorba na základě sebraných dat)

V dotazníku se ukázalo, že ohledně povědomí o schizofrenii vzdělání nehraje příliš velkou roli. Pokud člověk studoval např. o ekonomii, nemá pravděpodobně větší důvod zajímat se o schizofrenii více než třeba vyučený zedník. Pokud tedy něco, tak může rozhodovat obor studia a profesní i celkové zaměření člověka.

Také jsem na základě odpovědí v dotazníku nabyla dojmu, že více o schizofrenii vědí především lidé, kteří mají schizofrenika v rodině nebo v nejbližším okolí. Viz. např. respondent, jehož bratr má schizofrenii. Pro ilustraci uvedu jeho odpověď hned na první otázku, tedy „Napište, prosím, stručně, co víte o schizofrenii. (Nemusí to být žádné odborné poznatky... Stačí, když napíšete, co se Vám vybaví).“ Odpovídá: „Jedna z nejčastějších psychóz propukajících zejména v rané adolescenci. Její příčiny nejsou zcela známy. Svou roli hrají genetické predispozice a také vnější faktory (spouštěče) – např. kouření marihuany, dlouhodobý stres atd.“ Nejde o to, že by tito lidé, kteří mají člověka se schizofrenií v rodině nebo ve svém nejbližším okolí odpovídali formou nějakých odborných

litanií, ale z jejich odpovědí je zřejmé, že mají již poměrně jasnější představu o této nemoci, než jiní lidé a jejich odpovědi zpravidla neobsahují žádné mýty, se kterými se u „nezainteresovaných“ jedinců naopak můžeme setkat poměrně snadno a často. I z odpovědi na otázku č. 3: **„Co vidíte jako největší problém (nevýhodu) lidí, kteří trpí schizofrenií?“** *„Oploštěné prožívání a vyjadřování negativních i pozitivních emocí. Apatie. Omezená schopnost aktivně trávit volný čas. Oslabení sociálních a komunikačních dovedností. Často doživotní užívání léků majících nežádoucí vedlejší účinky.“* lze vysledovat, že respondent má o problematice nemoci poměrně přesné povědomí. To samozřejmě jistě vychází z přímé zkušenosti, vzhledem ke způsobu formulování odpovědí mám ale také pocit, že respondent schizofrenii nejen „vidí“ kolem sebe, ale také mám dojem, že se o ni i sám aktivně zajímá – čte si o ní a podobně. Je logické, že pokud máme ve své blízkosti někoho nemocného, chceme se o té nemoci toho také co nejvíce dovědět. Také je zde vidět, že lidé, kteří mají ve svém okolí někoho se zkušeností se schizofrenií, znají mnohem více zařízení nebo organizací, která/é se věnují lidem s touto nemocí. „Běžný“ respondent většinou kromě např. Bohnické psychiatrické léčebny nezná žádná další zařízení/organizace.

Uvědomuji si, že 41 lidí zřejmě není dost vysoké číslo na to, aby se dotazníkové šetření mohlo chlubit nějakou významnou kvantitativní validitou. Mně osobně ale připadá, že dotazník má poměrně zajímavý význam kvalitativní. Myslím, že přinesl řadu ne bezvýznamných postřehů a impulsů.

Z kvalitativního (a současně samozřejmě i z kvantitativního) pohledu bych proto teď ráda rozebrala jednotlivé otázky v dotazníku.

Otázka č. 1:

Napište, prosím, stručně, co víte o schizofrenii. (Nemusíte to být žádné odborné poznatky... Stačí, když napíšete, co se Vám vybaví.)

Tato otázka je, podle mého názoru, jednou z nejstěžejnějších a nejzásadnějších otázek v dotazníku vůbec. Pokud totiž nemá respondent jasno v této otázce, nebude mít jasno zřejmě už ani v ničem dalším. Nestalo se ani v jednom případě, že by někdo řekl, že neví vůbec nic.

Co mě ale zajímalo, bylo to, nakolik přesné povědomí o schizofrenii respondenti mají nebo zdali jen přejali nějaký obecně rozšířený mýtus. Ukázalo se, že spoustu lidí si myslí, že schizofrenie znamená „rozdvojení osobnosti“ / „rozdvojená osobnost“. Jeden člověk tuto svou domněnku ještě upřesnil vysvětlením: „více

Někteří odpověděli stručně např. „nemoc“ nebo „duševní choroba“ a do dalšího rozebírání se nepouštěli. Často se rovnou objevoval popis dopadu na člověka, který nemoc mívá, např. „pokud se neléčí, může způsobit problémy“.

2. Máte ve svém nejbližším okolí někoho, kdo trpí schizofrenií? (rodina, partner, nejbližší přátelé)

Touto otázkou jsem si mapovala, odkud by mohly vzejít případné znalosti respondenta o schizofrenii, případně jeho hlubší chápání problematiky života lidí se schizofrenií. Pokud na tuto otázku respondent odpověděl kladně, bylo to hned znát v celém zbytku dotazníku. Buď to znamenalo větší pochopení a více soucitu a schopnosti vcítit se do situace nemocného, nicméně zároveň taky někdy (i když ne moc často) to znamenalo, že si respondent s nemocným „prožil své“ a byly zde „cítit“ i další, ne už třeba tolik láskyplné emoce, např. hněv.

3. Co vidíte jako největší problém (nevýhodu) lidí, kteří trpí schizofrenií?

Zde jsem zkoumala, zdali si vůbec dokáže „zdravá populace“ představit, co mohou mít lidé se schizofrenií za problémy. Nejvíce se objevovaly možnosti typu „nedokáží vycházet s druhými“, „nemohou si najít/udržet práci“ a podobně.

4. Znáte nějaká zařízení / organizace ve Vašem městě, která / é se věnují schizofrenikům ¹⁹⁸ (případně duševně nemocným obecně)?

Touto otázkou jsem se zajímala o povědomí laiků, které mají o organizacích a službách věnujících se lidem se schizofrenií. Musím říci, že zde celkem jednoznačně vyplynulo, že pokud respondenti neměli člověka se schizofrenií přímo v rodině nebo mezi blízkými, tak zpravidla znali jen Psychiatrickou léčebnu Bohnice a RIAPS. Přičemž tedy RIAPS také neznali zdaleka všichni a někteří na tuto otázku odpověděli pouze „ne“.

198 Vhodnější by zřejmě bylo použít místo slova „schizofrenik“ nějaké slovní spojení. Zpočátku jsem to tolik nevnímala, ale nyní je mi jasné, že například „člověk se zkušeností se schizofrenií“ by byl lepší.

5. Vyvolávají - ve Vás osobně – schizofrenici nějaké (jakékoli) obavy?

Pokud ano – jaké?

Zde to vyšlo tak půl na půl. Otázkou ale zůstává, zda pokud respondent nemá úplné povědomí o schizofrenii, tak zdali má vůbec představu, čeho by se mohl bát. Samozřejmě, že je obecně lepší nebát se ostatních lidí a nemít vůči nim předsudky, nicméně přeci jen by se dalo říci, že pokud někdo nezažil člověka se schizofrenií se všemi jeho možnými projevy (které se samozřejmě u jiného člověka se schizofrenií nemusí nikdy objevit), tak vlastně neví, o čem mluví. Bylo by nefér říci o člověku, který odpoví, že se lidí se schizofrenií bojí, že je nějaký morous a „předsudkář“, co my víme, co si s touto nemocí, resp. s člověkem, který touto nemocí trpí, zažil.

6. Myslíte si, že by Vás člověk – schizofrenik mohl něčím obohatit?

Většinou se objevovala odpověď „ano“, někdy s upřesněním: „stejně jako kterýkoli jiný člověk“ anebo se objevoval názor, že schizofrenici jsou celkově „citlivější a vnímavější“ a také přemýšlí o věcech, které by nás nikdy nenapadly a právě proto nás mohou velmi významně obohatit.

7. Myslíte si, že laická veřejnost trpí vůči schizofrenikům nějakými předsudky?

Pokud ano – jakými?

Zde to bylo opět zhruba půl na půl. Sice byl velmi častý názor, že společnost žádnými předsudky netrpí, druhá část respondentů však měla za to, že ano.

8. Vadilo by Vám, kdyby ve Vaší těsné blízkosti (např. na stejném patře) bydlel člověk, o kterém byste věděli, že mu byla diagnostikována schizofrenie?

Drtivá většina respondentů odpověděla, že by jim to nevadilo.

9. Myslíte si, že schizofrenici mohou být nebezpeční?

Pokud ano – jak například?

Většina respondentů je přesvědčena, že lidé se schizofrenií mohou být nebezpeční v některých situacích, tzn. třeba v době ataky nebo, když je někdo vystresuje apod.

10. Jakékoli další připomínky:

Většina respondentů žádné další připomínky neměla.

15.1. Závěr dotazníkového šetření

Je zřejmé, že povědomí o schizofrenii závisí hodně na tom, zda mají dotazovaní někoho se schizofrenií ve svém nejbližším okolí. Pokud tedy nikoho blízkého s touto nemocí nemají, něco o schizofrenii přesto ví, i když zároveň je pravdou, že někteří lidé věří nějakému velmi rozšířenému mýtu a nemají potřebu ani příležitost tento mýtus podrobovat kritice nebo se o schizofrenii dovídat něco nového. Informovanost o nemoci je tedy různá, ale pokud tedy respondenti nemají někoho nemocného v rodině, je pravděpodobnost, že by znali nějaká zařízení kromě nemocnic, věnující se lidem s duševním onemocněním prakticky nulová.

Pokud se neobjeví nějaká odstrašující kauza v médiích, jako byla například v Českých Budějovicích vražda manželů Malhotských ¹⁹⁷, na kterou reagovala většina respondentů z Českých Budějovic, dívají se příslušníci „zdravé populace“ na své „nemocné spoluobčany“ spíše shovívavě. Pokud tedy mohu soudit podle svého malého vzorku, který navíc by mohl být pestřejší co do skladby vzdělání respondentů apod.

Z mého šetření vyplynulo, že respondenti z větší části proti lidem se schizofrenií nic nemají, ale zároveň toho o nich mnoho nevědí.

¹⁹⁷ Idnes.cz/zpravy. www.zpravy.idnes.cz [online]. 11.2.2010 [cit. 2012-04-12]. Dostupné z: http://zpravy.idnes.cz/vrah-zastrelil-manzele-v-jejich-byte-v-budejovicich-zadrzeli-ho-v-nemecku-1l2-/krimi.aspx?c=A100211_090036_krimi_js.

Závěr

Na začátku své práce jsem si vytyčila cíl zmapovat některé oblasti sociální práce s lidmi se schizofrenií, resp. zjistit, jaké služby mohou tito lidé u nás v České republice, především tedy v Praze, využívat, které služby jsou dostupné, v jakém rozsahu a v jaké kvalitě. Myslím, že se mi podařilo do určité míry vyzjistit, jaké zde působí nejvýznamnější organizace a co nabízejí. Ukázalo se, že jednotliví lidé se schizofrenií služby většinou vítají a jsou s nimi spíše spokojeni. Pokud si stěžují, tak většinou ne na „návaznou péči“, ale spíše na tu „primární“, tedy na psychiatrii, na podmínky a průběh hospitalizace, na léky, na nepříznivou finanční situaci a podobně.

Pokud se týká výzkumných metod, které jsem ve své práci použila, tak s metodou rozhovoru jsem byla spokojena velmi, s dotazníkem už to bylo horší. Jasně jsem cítila, že by bylo lepší oslovit více respondentů a zejména také nějakým způsobem zajistit pestřejší vzorek.

Každopádně mám ale pocit, že všechny části mé práce mi přinesly nové poznatky, a že bych se tomuto tématu chtěla věnovat pokud možno, co nejvíce i nadále.

Myslím si, že stav sociálních služeb u nás, tedy v ČR, především v Praze, není v rámci možností vůbec špatný. Je tomu tak především díky uvědomělým odborným pracovníkům, kteří se snaží pracovat na sobě i na nedostacích v systému. Pokud tedy například finanční situace není zrovna ideální, dohání to u nás o to větší odhodlání odborných pracovníků i dobrovolníků.

Použitá literatura

Knižní zdroje

DOUBEK, P., PRAŠKO, J., HERMAN, E., HONS, J. *Psychóza v životě – život v psychóze. Příručka pro pacienty trpící psychózou a jejich rodiny*. Praha: MAXDORF, 2008. ISBN 978-80-7345-156-1.

HORT, VI., HRDLÍČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E. a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, s. r. o., 2000. ISBN 80-7178-472-9.

MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2008. ISBN 978 -80-247-2138-5.

ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. Vydání třetí. Praha: Grada Publishing, a. s., 1997. ISBN 80-7169-512-2.

SVOBODA, M. (ed.), ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál, s. r. o., 2006. ISBN 80-7367-154-9.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: Variabilita a patologie lidské psychiky*. Vydání první. Praha: Portál, s. r. o., 1999. ISBN 80-7178-214-9.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese. Rozšířené a přepracované vydání*. Vydání čtvrté. Praha: Portál, s. r. o., 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.

VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence. Krize v životě člověka. Formy krizové pomoci a služeb*. Vydání první. Praha: Portál, s. r. o., 2002. ISBN 80-7178-696-9.

Články v periodících

BAJER, Pavel. U řady duševně nemocných můžeme dosáhnout návratu do běžného života, tvrdí přednostka psychiatrické kliniky. *Sociální práce: Časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci*. 2008, č. 1, s. 23-24. ISSN 1213-6204.

Elektronické zdroje

O Fokusu Praha. *Www.fokus-praha.cz* [online]. 24.10.2011 [cit. 2012-03-12]. Dostupné z: <http://www.fokus-praha.cz/o-fokusu-praha>.

Jůnův statek. *Www.junuvstatek.cz* [online]. 2008 [cit. 2012-03-12]. Dostupné z: <http://www.junuvstatek.cz/index.php?page=detailclanky&article=22>.

Green Doors. *Www.greendoors.cz* [online]. 1997-2009 [cit. 2012-04-01]. Dostupné z: <http://www.greendoors.cz/kdo-jsme>.

Eset - Help. [online]. [cit. 2012-04-12]. Dostupné z: <http://www.esethelp.cz/sluzby/obchod.html>.

Občanské sdružení Baobab. *Www.osbaobab.cz* [online]. 2009 [cit. 2012-04-12]. Dostupné z: <http://www.osbaobab.cz/sluzby/student1>.

Zákon o sociálních službách. *Www.mpsv.cz* [online]. 6.7.2009 [cit. 2012-04-12]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf.

Seznam příloh

Příloha č. 1: Rozhovor č. 1

Příloha č. 2: Rozhovor č. 2

Příloha č. 3: Rozhovor č. 3

Příloha č. 4: Rozhovor č. 4 (úryvek)

Příloha č. 5: Vzorový dotazník (nevyplněný)

Příloha č. 6: Vzorový dotazník (vyplněný)

Příloha č. 7: Vzorový dotazník (vyplněný)

Přílohy

Příloha č. 1: Rozhovor č. 1

Lukáš, 24 let, student VŠ

Otázka č. 1:

Kdy jsi u sebe zaznamenal první příznaky schizofrenie?

To bylo asi, když jsem začal cejtit na sobě, že něk mám jakoby proměněný to myšlení, že jsem se nemohl soustředit třeba na nějaké podnět, ale vždycky se mi jako ta mysl jakoby... buď jakoby těch podnětů bylo tolik, že jsem nezachytil žádnéj nebo nebyly naopak žádný a měl jsem takovej záraz jakoby. A ty myšlenky, který přicházely, tak jsem jakoby nebyl schopnej ani je jako přijmout a nějak zpracovat ani jakoby pořádně jako když by přišly špatný, tak je nějak jakoby odbýt, ale nějak jsem se do toho zamotával a jakoby ty myšlenky prostě nade mnou měly moc.

Otázka č. 2:

Setkal ses, předtím než Ti propukla schizofrenie s někým, kdo má schizofrenii?

Setkal. I když jsem to třeba o něm nevěděl. Nebo mi to řek, ale nevěděl jsem, co to je. A už se to třeba u něj nějak neprojevovalo, bylo to hodně zaléčený, takže jsem to ani tak moc vyloženě poznat nemoh, jenom jsem moh poznat, že teda má tu zkušenost, ale ne jaký to je, když je v té atace, jakoby v té samotný schizofrenii jako takový.

Otázka č. 3:

Měl někdo u vás v rodině schizofrenii?

(Pokud ne zrovna schizofrenii, tak třeba i jiné duševní poruchy nebo obtíže?)

Děda měl nějakou nejspíš měl asi psychickou nemoc, se kterou se ale neléčilo ještě v té době, bral akorát prášky, kterých měl vždycky plný kapsy, ale bral je tajně a nikdo to ani nevěděl, a nevím, jak to udělal – přes doktora nebo jestli si to kupoval sám. To byly akorát prášky na bolení hlavy, nejspíš teda, co říkala babička. Takže možná měl něco spojený s tou depresí, nějaký bolení hlavy, ale možná že měl tu depresi, protože pak jí měla následně máma

a děda se teda jednou pokusil o sebevraždu, to mu nevyšlo a podruhé jí spáchal. Pak měla máma deprese, ta byla už na léčení, asi dvakrát, pokoušela se o sebevraždu, myslím, že dvakrát nebo tak nějak. Jí se to nepovedlo. No a jinak babička, by se dalo říct, že dost jako pila, a že to byl takovej možná i alkoholismus.

Otázka č. 4:

Co se ve Tvém životě od propuknutí schizofrenie podle Tebe změnilo?

(Vidíš teď některé věci jinak? Změnily se Ti nějak hodnoty?)

Víc si vážím zdraví, víc ho jakoby hodnotím veš. Všechno, co s tím zdravím souvisí jako věci, který ho můžou poškodit nebo který naopak mu prospívají, tak považuju jako za důležitý. Chovám se vůči sobě, což souvisí s tím zdravím, zodpovědnějš, a pak taky vůči ostatním zodpovědnějš.

Doplňující otázka:

Máš teď z něčeho víc strach nebo cítíš nějakou úzkost?

Trošku mám strach, při vzpomínce na tu nemoc, když si uvědomím, jak vlastně vznikla, a že to třeba nemuselo mít žádný spouštěče, i když třeba to mělo, možná jenom jako průvodní, jako takový, který to jenom pomohly třeba vyjevit, třeba dřív nebo možná i vůbec, ale že to jenom pomohly vyjevit, tak, že ta nemoc se mohla takhle vyvinout, vlastně z normálního zdraví, možná, že tam byla přítomná (.....)ta nemoc, ale aspoň (-----)jsem si myslel teda, že z normálního zdraví se to mohlo vyvinout v tu nemoc, tak když vidím, jak se může hlavně ta psychika a to psychický zdraví teda odvíjet nečekaně nebo v podstatě z určitý části neovlivnitelně, tak z toho mám trošku takovej strach nebo respekt, že by se mohlo něco takovýho stát a ne třeba jenom mně, ale i lidem kolem mě. Ne třeba přesně tahle nemoc, ale prostě psychický náky stavy, který nejsou jako příjemný. Ať už to může vzniknout teda z toho, jestli ten člověk si za to jakoby v uvozovkách může nebo jestli to vznikne spíš kvůli vlivu okolí nebo prostě ten důvod ani není jakoby zjistitelný... Tak trošku strach tady z těch věcí.

Otázka č. 5:

Jak vidíš svou budoucnost?

Myslíš, že Tě tato zkušenost nějak ovlivní?

Myslím, že jí ovlivní, i když se na to třeba snažím na jednu stranu jakoby na tu zkušenost zapomenout, ale asi to úplně nejde a třeba je i lepší se z ní poučit a ne jí úplně vypustit nebo se o to spíš snažím, což možná je to, co by šlo, ale nejde jí vypustit stejně, takže asi to ovlivní tak, že já budu vědět, že teda mám mít nějaký ty meze a nemůžu žít úplně bez nich, jak jsem si třeba dřív myslel, že to může mít prostě důsledky. No a co bych chtěl dělat tak bych chtěl dokončit školu a pak třeba něco dělat v tom oboru, nevím, někde s lidma nebo i jakoby zprostředkovaně s lidma, nemusí to být v osobním kontaktu nebo prostě nějak aby se to týkalo, toho stavu. Což jsem si uvědomil v té nemoci, že je důležitý ten kontakt s druhýma lidma, kterej může dát člověku zpětnou vazbu. Ale nechci si zase řešit v té práci nějaký osobní problémy, spíš to myslím teďka kdybych byl teda schopnej pomáhat, tak aby jako měli tu možnost ty druhý lidi, kdyby jí třeba měli jinde nějakou omezenou nebo nějak jí neviděli, tak aby jí měli tady, tu možnost nějak zjistit, co se v nich vlastně děje s prostřednictvím toho, co jim dá jako z nich samejch vidět ten druhý člověk. Takže nějak takhle pracovat. Možná prostě jenom pracovat. Hlavně nebyť bez nějakýho cíle.

Tu budoucnost vidím teda čím dál líp. S tím, jak se odvíjí přítomnost, že se zlepšuje přítomnost, tak to беру jakože to bude lepší furt dál a dál a myslím, že jí budu vidět vždycky zase líp, takže to jak jí vidím teďka ještě třeba není konečný a vždycky se v tom bude odrážet to jak jí uvidím jakoby zrovna v tom čase, ve kterým budu, takže... Jakoby nečekám nějaký zhoršení. Chtěl bych být nějak hlavně v kontaktu s těma lidma, ať už teda nějak pracovně nebo i třeba jinak, prostě jako vztahově... Vidím taky trošku, že se to dá naučit – (ne)byť sám se sebou v té budoucnosti. Když to vezmu tak jakoby, co třeba teďka nemám, takže myslím, že můžu v budoucnosti získat něco, čeho teďka nejsem schopnej. Takže to vidím jako takovou výzvu tu budoucnost. I zároveň jako náročně, ale myslím, že to jako pude.

Otázka č. 6:

Našel sis mezi duševně nemocnými nějaké nové kamarády?

V době asi skoro ročního docházení do denního stacionáře jsem se pravidelně tam vídal s lidma, se kterýma jsem se s některýma skamarádil, s některýma i víc, že jsme třeba šli i mimo ten stacionář někam. A mezi duševně nemocnýma jsem se v podstatě rád pohyboval, protože jsem cejtil něco společného, nějakou společnou zkušenost, možná jenom tu samou zkušenost akorát z jiný stránky, co maj zdraví, nechci to nějak oddělovat, ale mezi těma nemocnýma jsem si zjevně uvědomoval, co nás spojuje, že jsem to měl na očích a to mi pomáhalo se s nima cejtít docela příjemně. Pak teda, nevím, jestli to bylo v souvislosti s tím, že tam jsou ty lidi, ale na to prostředí toho stacionáře mi říkalo několik lidí ať tam už nedocházím, asi kvůli těm lidem, který tam podle nich jsou na tom hůř než já, což je možná takový přání těch příbuznejch - myslet si, že já jsem na tom zrovna jako jejich příbuznej už úplně dobře, což třeba, to je jedno, jestli to může bejt pravda, ale ten stacionář se může stát pak docela příjemnej právě kvůli těm lidem, mimo těch aktivit. A že jsem si teda udržel starý kamarády i přes to období tý nemoci je pro mě důležitý.

Otázka č. 7:

(Pro upřesnění ot. č. 5) Máš už tedy představu o svém zaměstnání?

Chtěl bych dělat něco třeba s lidma, který jsou nějak na tom špatně, třeba postižený, třeba s tělesně postiženejma, na vozejku nebo možná třeba i s lidma s Alzheimerovou chorobou.

Otázka č. 8:

Jaké jsou Tvé záliby?

Tak třeba malování. A pak třeba kamarádi.

Otázka č. 9:

Měl jsi jiné záliby před a jiné po propuknutí nemoci?

Před propuknutím nemoci jsem měl zálibu třeba v takovém planém filosofování, jak se říká obecně o schizofrenicích, že to může být jeden z příznaků jejich nastupující nemoci, no a

vytváření si vlastních teorií z toho mála, který jsem měl od někoho, odněkud [informací] získanejších a ještě třeba překrouceně to pochopený, a teďka mojí zálibou je získávat si ty informace spíš zvenčí a ověřovat si to, co třeba někdy tuším nebo, kam mě to táhne – co je v tom teda pravda a co ne. A získávat si prostě ty informace přednáškama, knihama nebo filmama. Před nemocí to byla ještě záliba v omamných látkách jako v alkoholu a v marihuaně a to teďka už nemám. Asi proto, že jsem se pro to v první řadě rozhod sám, i když s takovým vodítkem, který bylo zvenčí – od doktora a od rodiny a kamarádů. To už teďka teda nemám, tuhleto zálibu. Což možná ani nebyla tolik záliba. To jenom se přidružovalo asi k nějakýmu tomu filosofování, který pak následně nastávalo po tom požití těch látek anebo se to vázalo k tomu posezení s kamarády, který může bejt taky bez toho vlastně, takže jakoby záliby můžu mít furt stejný akorát bez toho přídatku těch látek.

Otázka č. 10:

Změnila nějak Tvoje nemoc vztahy a atmosféru doma?

Atmosféra je asi taková, nebo i vztahy, otevřenější. Asi v rámci zájmu toho, aby se odkrylo to, co tam teda je už pojmenovaný, že tam něco je, co je potřeba jakoby otevřít. Vztahy možná [jsou] s někým ještě jakoby bližší, po tý nemoci, i když zároveň taky od těch druhých a oni ode mě jako takový oddálenější, což je možná tou nemocí, ale zase to vede jenom k tomu – to vzdálení – asi k nějaký touze po tom pochopení a jako potažmo sblížení, takže to zase vedlo nejspíš... nebo to vede k tomu sblížení spíš. A ta atmosféra jakoby nějakýho strachu z nějaký tý křehkosti zdraví se možná objevuje, ale myslím, že ustupuje. Atmosféra se po hospitalizaci stala spíš pozitivní, protože negativní byla už předtím, než se vědělo, o co se jedná, před hospitalizací. [Před hospitalizací] ta atmosféra byla taková napjatá vůči vztahům, protože se to dá chápat, ta staženost u schizofrenie, jako třeba nezáměr o svět, kterej tam vlastně i jakoby je, ale nezáměr jakoby z vůle toho člověka, což třeba není pravda. Takže ta atmosféra je asi lepší než byla. Vztahy jsou takový... Na jednu stranu asi to vychází z nějakých těch poznatků, kdy se má ten člověk, po atace, kdy je zaléčen jakoby rehabilitovat, takže trošku takový ty vztahy, kdy do toho vstupuje takový to podněcování k nějaký činnosti, čímž teda ty vztahy jsou taky trošku jakoby ani ne v napětí, ale nějak jakoby se snažící jakoby nějak ovlivňovat jako v dobrým slova smyslu asi.

Otázka č. 11:

Změnily se vztahy mezi Tebou a Tvými kamarády?

Změnily, protože před tím ovlivněný takovou tou odtažitostí mojí, která vedla i k něčemu podobnému z jejich strany. Po tý nemoci jsem si uvědomil, že je něco, čím se k nim můžu dostat blíž a teďka ty vztahy jsou takový v něčem pevnější, je tam víc té blízkosti.

Otázka č. 12:

Máš přítelkyni?

Přítelkyni nemám.

Doplňující otázka:

Před propuknutím nemoci jsi měl přítelkyni?

Měl jsem, před propuknutím nemoci i po залечení, a... rozešli jsme se, protože jsem měl možná nějaký... už jsem podle mě cejtil, že by nastával další tlak, kterej mě do tý nemoci dostal, kterej by byl třeba podobně silnej, kdybychom se v nějakým názoru neshodli, a já bych cejtil, že kdybych třeba chtěl prosazovat to svoje, tak... anebo bych možná ustupoval a tak by prostě vznikla možná zase taková situace, která vznikla předtím, a ta by vedla už třeba ne k tomu onemocnění, jako návratu, ale už jsem si cenil jakoby víc toho zdraví než nějakýho nucení něco mít přes to, že bych se do toho musel nutit. [Chtěl jsem] nechat volnej průchod těm věcem.

Otázka č. 13:

Plánuješ do budoucna rodinu?

Tak rodinu v podstatě neplánuju, ani tak bych se nebál toho, že kdybych jí měl založit, že by ta nemoc nějak ovlivnila ty potomky, ale mám přesvědčení, který ani není možná od tý nemoci odvozenej, ale v tý nemoci jsem to teda hodně měl takovýhle spojený s těma hlasama, který mi vlastně říkaly, že mít rodinu je prostě špatný a to je možná jenom rys, kterej ve mně prostě je a byl tou nemocí vyhrocenej, teda jako vystupňovanej do extrému, až do takovýho, z kterýho před tím nebyl vůbec znatelný a teďka aspoň to, že byl znatelný už pro něj

znamenal, že je hodně vyhrocený a... takže tu rodinu by tenhle můj názor asi ovlivnil, ale jako z důvodu nemoci bych se asi v tomhle směru neomezoval.

Otázka č. 14:

Cítíš teď v životě nějaká omezení?

Tak předně cejtím úplně zřetelně, že nemůžu pít alkohol, což cítím jako na jednu stranu, že to není ani taková nevýhoda, ale na druhou stranu asi přece jenom mě to trošku omezuje nebo... možná nevím, jestli omezuje, ale omezuje to jakoby moji možnost svobodný volby, kdy si nemůžu vzít, co chci. A s tím kouřením marihuany taky... a jinak omezení jako - že bych byl nějak řečově možná omezený nebo to souvisí s myšlenkovým omezením asi, že občas mám nějaký jakoby zárazy a najednou mi... buď se zastavím na nějaký myšlence nebo na vlastně prázdně a nikam se to neodvíjí a těžko se z toho vytrhnu, až mě z toho vytrhne třeba nějaký podnět zvenčí, takový omezení možná emoční taky, nevím ani jestli prožívat, ale určitě vyjadřovat emoce asi zrovna moc neumím.

Otázka č. 15:

Čeho se momentálně nejvíc obáváš nebo bojíš?

Nejvíce se bojím teďka asi situací, ve kterých se cejtím nejistě, ve kterých se mi vrací určitý následky té nemoci, jako ještě takový druhotný příznaky po přeléčení jako takový obsedantně – kompulzivní jednání. A bojím se situací, který by tohleto mohly vyvolávat, takže zatím to vychází, že se jim spíš vyhýbám, ale přestávám se jich trošku bát, protože si je nacvičuju na terapii, ale pořád ve mně ten strach z nich je. Z těch situací a z toho samotného vyvolání tou situací ve mně toho nějakýho dozvuku té nemoci ještě, což mi jí jakoby na jednu stranu svým způsobem i jako připomíná, celou tu nemoc jako takovou, v celku, a na druhou stranu zase něco novýho, jak jí ještě ani neznám a to mě jako trošku svazuje a bojím se toho.

Otázka č. 16:

Z čeho jsi měl v poslední době největší radost?

Největší radost jsem měl asi na terapii, když se mi podařilo přehoupnout přes nějakou moji zídku, přes kterou jsem myslel, že se nepřehoupnu, abych mohl z toho i mít potom lepší vztah k ostatním lidem a následný uplatňování toho lepšího kontaktu s těma lidma, když jsem

jako se dostal do kontaktu s těma lidma – tak z toho jsem měl největší radost. Třeba když jsem si dobře popovídal s jedním kamarádem a dokázali jsme se nějak spojit myšlenkově, bejt prostě v kontaktu, plynule, a porovnat tu svojí mysl s myslí někoho, kdo je v uvozovkách normální a když se to jakoby vyrovná.

Otázka č. 17:

Myslíš, že Tě Tvá nemoc nějak změnila? Pokud ano, jak?

Tak moje nemoc mě asi trošku změnila názor na možnosti lidský. Na jednu stranu mi vnukla myšlenku, že by mohly bejt ty možnosti skoro málo omezený, protože jde třeba spadnout do tohohle stavu a zase se z něj dostat, ale na druhou stranu zase to, že do něj jde spadnout, tak mi trošku nějak ty meze ukázala, že tady nějaký jsou. Trošku mě přivedla na tu rovinu toho člověka, že je prostě důležitý, jak funguje v tý psychický rovině, že je důležitý fungovat na tý psychický rovině, což znamená pro mě hodně jako fungovat sám, ale i teda asi hlavně jakoby ve vztahu.

Otázka č. 18:

Jsi věřící? Pokud ano, v co věříš?

Asi jsem věřící. Věřím v Boha.

Hlásíš se k nějaké církvi nebo k nějakému náboženství?

Přijímám za svý křesťanství, ale i ostatní náboženství, třeba buddhismus - беру spíš jako tu psychologickou takovou dobrou jako... takový podloží pro to fungování v tomhleto směru, spíš spirituálním než duchovním.

Otázka č. 19:

S čím myslíš, že u Tebe mohlo souviset propuknutí schizofrenie?

Tak jednak to asi mohla bejt teda... z toho, co nacházím – kouření marihuany a moje prostě nastavení, moje konstituce psychická – že to u mě mohlo vést k tomu propuknutí nemoci. Stav, který jsem potom měl – na ně mohly nějak následně navazovat stavy, který se staly potom projevem jakoby tý nemoci. A dál to mohlo bejt nějaký to... ten vnitřní konflikt, kdy jsem nechtěl přijmout skutečnost, jaká je a snažil jsem se jí... neuvažovat nad ní

racionálně, protože v takovou chvíli to pro mě nebylo jakoby výhodný nebo přijatelný uvěřit tomu, že by to mohlo být, tak, jak tomu ta realita nasvědčuje, ale přetvářel jsem si jí podle svých vlastních přání a snažil jsem se jí nějak jakoby ovlivňovat a to už vedlo prostě k takovému nadměrnému přeceňování toho vlastního přání a jeho moci, jako moci té mysli potažmo. A možná to mohlo být taky zjištění, že můj táta je vlastně v odborné terminologii otčím, můj, a že není můj pravý biologický otec, to jsem zjistil někdy před vypuknutím nemoci a... prostě zjištění, že... takovej otřes, že jsem ztratil nějakou důvěru sám v sebe, jestli jsem jakoby vůbec žádoucí, žádaný, a podkopalo mi to takový pevný východisko, kterého jsem se mohl držet a nějak zdravě se na něm pohybovat. Pak to mohlo být nějaký ne teda nějak razantní, ale ne ani odmítnutí, spíš zase nevyplnění svých osobních tužeb, přes který jsem se zase asi přenášel nějak, že jsem tomu nechtěl uvěřit a přetvářel jsem si pak to, jak to dopadlo k tomu mému obrazu nebo jsem to spíš nepřijal za uzavřený a pořád jsem očekával nějaký jiný od těch skutečností jakoby příčinně neodvislý vývoj. A vůbec asi takovej - všeobecně u mě – takovej styl jednání nebo vztahování se k druhým lidem v době ještě další období před nemocí, vlastně takový stažení nebo uzavření do sebe, kdy bylo těžko podchytit ty příznaky, kterými se ta nemoc projevuje a i když ty příznaky mohly být i vidět, možná byly jakoby ve mně, což teda vedlo k tomu, že jsem nakonec se dostal k tomu léčení, na to léčení, že byly takový, že spíš jakoby negativní nebo prostě, že se to neprojevovalo nějak navenek. A právě ta shoda s tím – to spíš vedlo asi k tomu prodloužení té fáze než došlo k léčení, protože tam byla asi shoda v tom, jaký jsem byl od přírody, od Boha a toho, jak se může projevovat počáteční fáze té nemoci. A já jsem ani sám to nemohl moc pak v tom případě rozlišit. A to už vedlo spíš k tomu důslednějšímu rozvinutí té nemoci, protože nešla jakoby podchytit.

Takže jsi nevěděl, co už je ta nemoc a co jsi ještě Ty?

No, že to bylo u mě tak jako docela se překrývající.

Otázka č. 20:

Jak jsi na tom teď? (Podle lékaře i podle sebe)

Podle lékaře jsem na tom líp než třeba před rokem, o hodně. Hlavně třeba, že nepiju, tak jsem na tom docela dobře. A podle lékaře je výhled takovej, že... jak říkal, že mám potenciál ten stav ještě jakoby zlepšit, ještě se z toho víc dostat. A podle sebe jsem na tom taky teďka dobře. Od té nemoci mám takovej odstup už jakoby. Ty vzpomínky jsou docela někdy

živý, ale už se to ani tak nevrací ty stavy třeba takovýho toho zaléčení těsně po tý atace, který ještě třeba byly trošku nepříjemný, ale to už je teďka právě zřídka a vůbec ne v silný míře, takže spíš naopak už nejsou ty stavy a cejtím se dobře. Do budoucna taky spíš si myslím, že se to bude zlepšovat.

Otázka č. 21:

Navštěvuješ pravidelně psychiatra?

Psychiatra navštěvuju pravidelně.

Otázka č. 22:

Jsi spokojený se svým psychiatrem? Důvěřuješ mu?

S psychiatrem jsem spokojenej a důvěřuju mu, jakmile něco mám – na srdci, co si myslím, že se týká mýho psychickýho stavu, tak mu to sdělím a jsem spokojenej s tím, co mi na to on řekne.

Otázka č. 23:

Pomáhá Ti ještě někdo kromě psychiatra? (Terapeut, sociální pracovník, právní poradce, ...)

Pomáhá mi konzultantka přes studium s organizováním učení a tak a jinak mi pomáhá psychoterapeut nebo částečně... no... v návaznosti na dramaterapii je to.

Mohl bys to trošku specifikovat?

Odehrává se to ne v kanceláři nebo v ordinaci, ale v místnosti, kde se jinak odehrává dramaterapie a jsou tam k tomu určený pomůcky a ty se využívaj k určitejm technikám využívaj a ten prostor se využívá a někdy i takovýto jakoby hraní, ta dramatizace těch situací se občas jakoby v tý samotný terapii, která teda je jako jinak normální pomocí řeči, tak se využívaj tyhle prvky.

Na tuhle terapii tedy chodíš sám nebo je to nějaká skupinová terapie?

Tam teďka chodím sám.

To znamená, že se ten terapeut věnuje jenom Tobě?

No.

Otázka č. 24:

Užíváš psychofarmaka?

Užívám psychofarmaka s pravidelným dávkováním a nárazově prášky na uklidnění, ale ty už v poslední době hlavně po upravení smyslu jejich užívání od mého psychiatra je tolik neužívám a v podstatě by se dalo říct, že vůbec.

To znamená, že Ti vysvětlil, kdy se mají užívat...

No. Anebo ustoupila ta dlouhodobá situace, kdy mi teda povoloval nebo... z mého impulsu – že jsem je chtěl brát a on s tím souhlasil a teďka je to i z mé strany, že už je vlastně brát tolik nechci a taky mě k tomu navedl jakoby on, že mi vysvětlil, že není potřeba je brát, že ta jejich funkčnost není ani taková, kterou bych od toho třeba mohl očekávat v těch situacích, že se užívají k něčemu jinému, že prostě je mám využít akorát při té situaci, kdy je fakt potřebuju a že je používám teprve tam.

Otázka č. 25:

Kdy ses rozhodl navštívit odborníka? Co bylo impulsem, že sis řekl, že už to vyžaduje péči odborníka?

Impulsem bylo, že jsem zprvu teda prožil dva tejdny po vysazení úplným jakoby abstinencí na práškách, který mi došly a zjistil jsem, že ta pomoc psychiatrů ať už v podobě těch prášků je žádoucí, že může pomoci a taky když už jsem usoudil, že ta situace se vystupňovala do takové míry, kdy jsem vlastně nebyl moc jakoby svobodnej a byl jsem ovládanej prostě pro mě nějakýma neznámýma silama, tak jsem už jakoby v tu chvíli tu pomoc ne úplně jako cíleně s tím, že budu hledat pomoc, ale spíš, že už to chci nějak aspoň zastavit, tak jsem se tomu odborníkovi znovu ozval.

Takže Ty už jsi tehdy byl v péči odborníka?

Jo, to už jsem byl v péči, už před atakou.

Jaký byl tehdy důvod pro to, že jsi byl v péči odborníka?

Tehdy jsem tam chodil kvůli úzkostem.

V čem byl tedy tento stav – kvůli kterému jsi znovu vyhledal odborníka odlišný od Tvých předchozích úzkostných stavů?

Já jsem je měl výkyvově [úzkosti], ale tohle bylo kontinuálně, že jsem prostě jenom ležel a nemohl jsem spát vůbec... vím, že ty příznaky byly podobný tomu pak v tý pozdější schizofrenii - se to s tím shodovalo. To prostě byl takovej naslouchací postoj, že jsem jakoby něco očekával nebo někam hleděl a něco jsem myslel, že z toho vyčítám a měl jsem takovej stupor.

Takže to jsi tehdy ještě nevěděl, že by se mohlo jednat o schizofrenii, ale zpětně si teď říkáš, že to vlastně bylo podobné...

No, to už byl takovej náběh.

Otázka č. 26:

Napadlo Tě, že by mohlo jít o schizofrenii, předtím než Ti to sdělil odborník?

Nenapadlo. Nevěděl jsem vůbec, že by ten stav mohl bejt nějak odborně popsanej a nějak prozkoumanej. Myslel jsem, že se se mnou děje něco, co není vůbec obvyklý nebo co není vůbec možný ani... aby se dělo někomu jinýmu. A jestli jsem si to nějak vykládal, že by to bylo možný, tak spíš nějakou tou spirituální cestou, která mi byla v tu chvíli jakoby – tím, že jsem se ocital v blízkosti těch informací – blíž. Vykládal jsem si to spíš tak a to jsem spíš očekával nějaký zlepšení, i když na druhou stranu jsem si uvědomoval, že se to spíš zhoršuje, ale čekal jsem nějaký převrat. Ani ne tak můj převrat, ale převrat jakoby veškerýho všeho dění, že bude lepší a na sobě jsem už tak ani... [jsem to] bral, že asi budu lepší i já pak.

Otázka č. 27:

Za kterým odborníkem jsi potom zašel?

Zašel jsem za mojí psychiatrickou – psycholožkou, za kterou jsem ale v tý době moc nechodil, vlastně jenom, když mi došly léky a to už ani to ne. Když mi došly, tak jsem vlastně tam kvůli nim nešel a... Do Esetu jsem jel.

Na základě rady té psychiatricky nebo sám jsi se rozhodl, že pojeděš do Esetu?

To byla ta v tom Esetu, tam jsem zašel rovnou, do Esetu.

K té jsi tedy chodil už dřív?

No, k tý jsem chodil, ale vynechával jsem to prostě.

Kvůli úzkostem jsi tam chodil?

No.

Když se Ti stalo tohle, tak jsi tam znovu zašel a ona Tě pak poslala...

Do ÚVNky.

A tam s Tebou udělali nějaký pohovor?

No, oni už to nějak asi věděli od ní. Prostě rovnou mě přijali. Možná nějakou zprávou - tu předali a prostě jsem se převlík a šel jsem na pokoj.

Takže rovnou si Tě tam...

Mě odbavili na vrátnici... nebo na příjmu.

A rovnou jsi tam teda zůstal?

No.

Otázka č. 28:

Jak dlouho jsi byl v té nemocnici?

Byl jsem tam zprvu dva měsíce, pak jsem byl propuštěnej, necejtíl jsem se dobře, takže za měsíc jsem šel znova a byl jsem tam zase dva měsíce. Pak jsem byl propuštěnej.

Otázka č. 29:

Za jak dlouho po skončení hospitalizace ses rozhodl vydat se do nějakého návazného zařízení?

Už během pobytu, když se to blížilo ke konci mého pobytu v nemocnici mě dovedli na návštěvu denního stacionáře Fokus - Břevnov a myslím, že hned následně po tom mém propuštění z nemocnice jsem, myslím, během tejdne nastoupil do toho denního stacionáře.

Otázka č. 30:

Myslíš si, že jsou dostupné služby pro duševně nemocné dostačující rozsahem a kvalitní?

Myslím, že jako z mé zkušenosti jsou kvalitní. [akorát] to časový omezení, kdy se dá třeba chodit určitou dobu na nějakou tu terapii – za tu dobu toho mého chození tam se to určilo na tři roky a někomu už ta doba vypršela a už na tu terapii chodit nemaj. Pak si může vybrat ze škály jiných terapií a vlastně je to i lepší asi navázat. Když jsem třeba některou terapii vyzkoušel dvakrát a nesesla mi, tak jsem si mohl vybrat jinou. Ta nabídka je tam široká.

Otázka č. 31:

Jakou máš zkušenost s tamními pracovníky?

Co se týče toho denního centra, tak když to vezmu, že už docházeli jakoby do nemocnice na terapii, některý z těch pracovníků, tak už tam jsem s nima měl dobrou zkušenost a byl jsem rád, že jsem na to mohl navázat v tom denním stacionáři a vyhovovalo mi to. To, jak vedli tu terapii a jak k nám / ke mně přistupovali.

Otázka č. 32:

Kterí pracovníci konkrétně se Ti tam věnují? Případně – máš nějakého klíčového pracovníka?

V denním stacionáři se konkrétně mně věnovala jedna psychologka nebo psychoterapeutka s tím, že jsem zrovna k ní chodil, a vedla to ještě s jedním terapeutem, tak jsem k ní chodil na skupinu terapeutickou a mimoto jsem vlastně jakoby s ní řešil můj

program v tom stacionáři jako na co budu chodit a když jsem někde končil, tak čím jakoby navážu – třeba říkala, jestli je dobrý pokračovat nebo, že je dobrý teda zůstat nějak v kontaktu s tím centrem. A jinak v tom Baobabu děláme ten plán s konzultantkou přes studium, tak ta mi jako pomáhá a dělám si ten plán. Anebo jsem v tom, přes ty Green Doors, jsem měl konzultace asi dvě s jedním sociálním pracovníkem, kterej mě jako informoval o všech těch organizacích pro lidi s duševním onemocněním a potom kdo tam je jako přes to podporovaný zaměstnávání.

Otázka č. 33:

Do jakého zařízení nebo organizace docházíš teď?

Tak k psychiatrovi chodím do dejvického psychoterapeutického centra a na terapii chodím do Fokusu Břevnov. A jinak chodím do Baobabu za tou konzultantkou.

Otázka č. 34:

Zajímáš se teď o problematiku duševních nemocí více než dříve?

V podstatě se zajímám asi víc, ale spíš jakoby jinak, trochu konkrétnějš, že se zaměřuju třeba na ty duševní nemoci, se kterýma mám tu zkušenost nebo – to nevím, jestli souvisí s těma duševníma onemocněníma, ale prostě spíš o problematiku člověka jako takového, jakoby o ten vztah těch složek v člověku, z nichž jedna je pro mě ta psychická, a [o] tu jakoby asi nejvíc z toho.

Otázka č. 35:

Co nebo kdo Ti nejvíce pomohl/o se s nemocí vyrovnat?

Možná mi pomohli nejvíc lidi, který jsem měl kolem sebe, byli to kupodivu i lidi, který pracovali v té nemocnici.

Proč kupodivu?

Protože jakoby k té nemocnici jako takový nemám kladnej vztah, k tomu zařízení, ale ty lidi tam byli přívětiví a vnášeli do toho jakoby stereotypu nebo ne zrovna příjemného způsobu života po dobu toho pobytu tam, tak do toho pobytu, kterej byl prostě nějak určený

těma pravidlami toho zařízení a tak, který jsou třeba nějak určovaný, tak oni třeba dělali něco nad rámec, tak tím si myslím, že mi taky hodně pomáhali.

A hlavně teda taky lidi mně blízký.

Takže rodina a kamarádi...

No. Taky mi hodně pomohla bývalá přítelkyně.

Otázka č. 36:

Myslíš, že Ti tato Tvá zkušenost, tedy zkušenost s nemocí něco dala?

Že jsem si v něčem jakoby rozšířil obzory nebo náhled na svět nebo na život, že jsem hrál podle nějakých trošku jiných pravidel v tu dobu, kdy jsem byl nemocnej a ještě jsem o tom nevěděl moc sám, ale jakoby nechávali mě tak hrát a třeba jsem i dosáhl tím jiným hraním nebo v rámci ještě pravidel jakoby někam, kvůli čemu se musely ty pravidla přeměnit, musel jsem jakoby přijmout tu zkušenost do toho rámce těch pravidel, takže to jakoby musely přerámovat a došlo jakoby k takovému rozšíření u toho.

A to vnímáš pozitivně...

Ted'ka třeba pozitivně.

To znamená, že ne vždycky jsi to bral pozitivně...

V tom nabourávání to nebylo úplně pozitivní pro mě. Pak se to proměňovalo, časem, že jsem se nějak s tím srovnal...

Otázka č. 37:

Jaké podle Tebe byly naopak ztráty? Co jsi tou nemocí ztratil?

Ztratil jsem takovej jakoby zájem o všechno možný a zároveň taky. Na druhou stranu jsem taky spíš získal, protože jsem ztratil takovej tunelovej pohled, kterej byl sice omezující, ale v něčem zase – k dostání se dál v té konkrétní věci mohl vést k hlubšímu poznání, i když jenom v té jedné... takže to bylo trošku takový tunelový, omezený jakoby dívání se nebo poznání, takže to jsem jakoby spíš možná získal, ale trošku jsem i ztratil tady tu vlastnost jako do něčeho se prostě ponořit bez ohledu na to dívání se na nějaký okolnosti, co to může

způsobovat, kam to třeba povede jakoby... ostatní věci, když se budu věnovat něčemu naplno. Takže by se dalo říct taková apatie jako, která teda jakoby ustupuje.

Takže ta apatie se teď objevila?

No, po tom léčení. Trošku, že jsem se cejtíl takovej... takovej ne otřeseněj, ale jako by to nějak mnou otřásl a já jsem se jako... to bylo zjištění, že ten způsob, kterým jsem žil mě zavedl do té nemoci nebo třeba že jsem k tomu byl nějak předurčeněj, tak to mě vedlo k tomu, že jsem se začal stranit jakoby věcí a pouštění se do nich a to se projevovalo takovou apatií a nezájmem jakoby.

Do čeho jsi se třeba bál pouštět?

No tak už jenom do samotnýho jakoby do života, někdy do přemýšlení, někdy bál a někdy mi to totiž udělalo to, že jsem ani nebyl jakoby toho ani v myšlenkách schopnej, takže jsem to už ani nezkoušel. To by ani nebylo možný bez toho, že bych to promýšlel. Takže nějak jsem se do toho vůbec nepouštěl už, spíš jsem tak monotónně jakoby existoval jenom. Jakoby v tom, co samo přišlo a nic jsem ani nevyhledával, nějaký podněty a moc jsem jim asi ani nebyl otevřeněj. To, jak jsem byl jakoby uzavřeněj těm podnětům, tak jsem třeba z té uzavřenosti nebo asi z nechutě nebo... prostě nečekal jsem žádnou inspiraci nikde nebo taky jsem se do ničeho nepouštěl a třeba jsem celej den jenom ležel a nic nedělal a snažil jsem se nějak jenom zabít čas anebo prostě jakoby nebejt a nemyslet.

A jak jsi to třeba dělal, abys mohl nebýt a nemyslet? To jsi třeba raději spal? Nebo jak to bylo?

No, snažil jsem se spát a ležel jsem prostě v takový neutrální poloze, kterou by jsem si jako sám nemohl nic vykládat, jako že mám nějakou polohu, která třeba řečí těla něco vykládá a snažil jsem se ležet teda nějak, abych jako nic neříkal, kdyby třeba někdo přišel do pokoje nebo aby se toho nemohl chytit a začít třeba na něco vést hovor třeba, že mu přijde, že se nějak cejtím, chtěl jsem jakoby, aby to i vypadalo tak, jak jsem jakoby chtěl, abych se cejtíl a abych si to pak moh jakoby navodit...

Otázka č. 38:

Máš někdy pocit, že už nic nebude jako dřív?

Mám pocit, že jakoby dřív ten můj život šel jakoby v takový lajně, v určitý rovině, s tou nemocí se ta křivka stočila někam úplně jinam, pak se jakoby vyrovnala, ale vrátila se někam trochu jinam než předtím a ne jakoby směrem hodnotícím jako jestli je to dobrý nebo špatný, ale prostě někam, kde je to nějakýma pravidlami a takovým pře(d)značením sama sebe jako určením, že jsem jako po té zkušenosti.

Otázka č. 39:

Míváš / měl jsi někdy deprese?

Depresi jako takovou jsem asi neměl, jenom nějaký přechodný depresivní nálady, ale mám pocit, že teďka od té doby, co jsem od té hospitalizace pod práškama, tak vidím tu mysl jako takovou v tom prostoru, do kterýho se mohlo někdy – jako nebylo to tam furt, ale mohlo se někdy vloudit něco, co v ní jakoby prostě nějak nepříjemně jakoby pálilo, tak ten prostor tam teďka vůbec není a nemůže do něj vstoupit jakoby ten nepřítel a vůbec se nemusí tam teda dostat a jakoby jsem vůči tomu takovej obrněnej, vůči nějakým depresím, i úzkostem. Jako ne úplně hned od hospitalizace, to ne, měl jsem jako nějaký úzkostný stavy, ale není to prostě tak snadný, aby se tam dostaly), tak jako to bylo předtím. Rychlejš jako odcházej.

Otázka č. 40:

Trpíš někdy nespavostí, nechutenstvím nebo jinými obtížemi, které by podle Tebe mohly souviset s Tvým duševním stavem? Nebo s léky... (vedlejší účinky)

Tak... nechutenstvím netrpím, spíš naopak... a nespavostí taky ne, naopak dokážu spát třeba 14 hodin nebo 12. Spíš jakoby trpím únavou přes den. A nějaký projevy, který si myslím, že by souvisely s nemocí, tak...

Nebo třeba i s léky...

S lékama... možná, že mi vyvolaly některý léky ty obsese. A ty obsese se projevovaly furt opakující se myšlenkou a nejdřív to bylo nutnost tu myšlenku opakovat člověku, jednomu, pořád dokola, dokud jsem nepocejtíl, že jí podle mě opravdu pochopil a nějaký vnitřní stvrzení od něj jsem... jako najednou měl pocit, že se mi dostalo. (...) Ted'ko už ty obsese

vymizely a... z těch léků to mohlo bejt. (...) Ted' mám léky, který právě jsou i na obsesivní projevy a vedlejší účinky léků taky jsou asi trochu přibírání na váze.

Neomezuje Tě nějak ten delší spánek? Když víš, že můžeš spát třeba 12 hodin, tak jestli je to vždycky bez problému, když třeba potřebuješ vstát do školy nebo ne...

Trošku uvažuju nad tím, že si půjdu lehnout, aby se mi opravdu tam vešlo aspoň třeba těch 10 hodin.

Otázka č. 41:

Změnilo se podle Tebe něco v oblasti studia, resp. dokázal bys popsat, jak se vyvíjely Tvoje studijní výsledky? Jaké byly před propuknutím nemoci a jaké po návratu z hospitalizace?

No tak bylo to ovlivněný po nemoci taky..., nebo po tý hospitalizaci ještě třeba průvodníma jevama, ale to bylo spíš takový vedlejší jevy, který nějak můžou ovlivňovat to učení než samotná schopnost toho učení.

Jaké byly třeba ty průvodní jevy?

Tak vůbec samotná motivace ze začátku, že nebyla... taková nedůvěra v sebe... vůbec začít něco dělat... - jestli to stejně bude mít dobrej konec a takhle. Pak nějaká ta ospalost taky.

Příloha č. 2: Rozhovor č. 2

Martin, 33 let, nezaměstnaný

Otázka č. 1:

Kdy jste u sebe zaznamenal / a první příznaky schizofrenie?

První příznaky schizofrenie jsem zaznamenal již v dětství.

Otázka č.2:

Setkal / a jste se, předtím než Vám propukla schizofrenie s někým, kdo má schizofrenii?

Primář Jarolímek – oddělení psychosanatoria Ondřejov - měl bratra, který byl schizofrenik. A to ho inspirovalo k tomu, aby vystudoval medicínu a věnoval se převážně osobám duševně chorým.

Otázka č. 3:

Měl schizofrenii někdo u Vás v rodině?

V naší rodový linii skončila jedna osoba v blázinci.

Víte, s jakou nemocí tam skončila?

Tenkrát se to ještě nerozlišovalo, tenkrát tam skončila prostě jako blázen.

Takže to byla nějaká Vaše babička nebo prababička...

Byla to jedna osoba z rodový linie.

Vzpomenete si na nějaké další duševní problémy, které měl někdo od Vás z rodiny? Cokoli, třeba deprese, alkoholismus nebo sebevraždy.

Můj otec je nevyléčitelný optimista, moje matka je nevyléčitelný alkoholik.

Otázka č. 4:

Co se ve Vašem životě od propuknutí schizofrenie podle Vás změnilo?

Změnilo se především to, že dostávám invalidní důchod, čili mám zajištěný peníze. Změnilo se to, že dnes jsou k dispozici dobré léky na schizofrenii, takže člověk nebere žádné dřiáky, ale bere celkem slušný léky. Už to nejsou léky, který by ovlivňovaly psychiku nějak drasticky, snížily se vedlejší efekty těch léků, takže ty léky působí mnohem líp a bez vedlejších příznaků a všeho možného. Říká se tomu vlastně psychofarmaka druhé generace, takže dneska mít schizofrenii a důchod je úplná brnkačka.

Ještě chcete něco dodat k této otázce?

Máme k dispozici basketbalový koše, šipky, ping – pong, týmy psychiatrů a psychologů, sociálních pracovníků, no.

Myslíte si, že teď vidíte některé věci jinak než předtím, když jste ještě neměl schizofrenii?

Myslím si, že jsem nevyléčitelný schizofrenik, nezapadám do společnosti a zřejmě budu mít vždy invalidní důchod, což mimochodem znamená, že nemusím chodit do práce a že mi stačí čtyři hodiny denně - chodit do práce. Což není špatný. Páč čím víc mě budou lidi tlačit do toho, že jsem blázen, tak tím budu mít ten důchod jistější, takže ať si snaživý pilný lidi chodí do práce a vydělávají si peníze, no a já asi prostě budu mít ten důchod a budu chodit do práce na čtyři hodiny no.

Vy chodíte do nějakého tréninkového zaměstnání?

Ne, já třeba smažím kuřata v KFC nebo prostě zametám chodníky. Co zrovna je.

Takže normální zaměstnání...

Normální zaměstnání, akorát, že dostávám léky.

Máte teď z něčeho víc strach – teď, když jste nemocný, než jste měl předtím?

Mám strach, abych se nezbláznil definitivně. To by se mi taky mohlo stát.

Myslíte si, že se nějak změnily Vaše hodnoty od propuknutí té nemoci?

Zaznamenal jsem, že lidi se schizofrenií mají tendence být citlivější než normální[ně] lidi.

Otázka č. 5:

Jak vidíte svoji budoucnost?

Svoji budoucnost vidím dobře. Zejména, když osoby, které mě chtějí fyzicky zlikvidovat budou fyzicky zlikvidovány.

Otázka č. 6:

Našel jste si mezi ostatními duševně nemocnými lidmi nějaké kamarády?

Odpověď: Našel, ale je to komplikované.

Otázka č. 7:

Máte už tedy představu o svém budoucím zaměstnání? Nebo tedy takhle... [s ohledem na předchozí odpovědi] Vy tedy říkáte, že děláte v KFC a zametáte chodníky, takže..

Pak bych taky mohl pracovat ve vratných lahvích nebo bych mohl doplňovat zboží nebo bych mohl dělat v Mac Donaldu, všude možné.

Takže Vás napadají ještě další varianty toho, co byste mohl dělat..

Rozhodně nebudu opravovat orloje na Staroměstském náměstí, to asi těžko.

Můžu se zeptat – Vy jste tedy vystudoval nějakou školu?

Já jsem samouk.

Takže máte základní vzdělání nebo jste potom ještě něco studoval?

Opravdu nemám základní vzdělání, mám normálně středoškolský vzdělání a jinak jsem tihnul k tomu být samouk, to znamená si nakoupit literaturu a naučit se to sám, z knih.

Takže hodně čtete...

Hodně čtu, poslouchám klasickou hudbu... Jsou samozřejmě klíčové obory jako je třeba medicína nebo informatika, které bych se neodvážil studovat, páč tam to skutečně zavání fyzickou likvidací jo... To jsou prostě obory, který jsou tak prestižní, že se absolutně nikdo neodváží je studovat, takže ani já se neodvážuji je studovat jo.

Otázka č. 8

Jaké jsou Vaše záliby?

Už jste říkal, že rád čtete a že máte rád klasickou hudbu.. Ještě nějaké záliby máte?

Kanárce jsou fajn. Papoušci.

Takže o nich taky čtete třeba, o kanárcích.

Ne, o papouškách nečtu. Papoušci prostě jsou prima a lítaj.

Máte je rád...

Mám rád papoušky.

[Konec otázky č. 8]

U první otázky jste říkal, že jste zaznamenal první příznaky schizofrenie už v dětství.

Ano. Já totiž nemám jenom schizofrenii, ale částečně jsem taky autista. To znamená, že mám tendenci žít ve vlastním světě. A to jsem zaznamenal skutečně už v dětství.

Ale je to sporný, páč třeba takovej Tolkien taky permanentně žil ve vlastním světě, no a nikdy ho nikdo za autistu neoznačil.

V dětství si toho někdo všiml, že se chováte jinak než ostatní děti?

Nikdo si toho nevšiml. V dětství jsem měl naprostou lékařskou péči, chodili jsme k dětskému lékaři, chodili jsme k dětskému zubaři, měl jsem veškerou péči, takže jsem v dětství žádný takovýhle projevy nezaznamenal.

Takže v dětství jste ještě nechodil k psychiatrovi nebo k psychologovi...

Opravdu jsem v dětství ani k psychiatrovi ani k psychologovi nechodil, páč na rozdíl od Vás já když jsem byl malý dítě, tak tady byl totáč.

Což znamenalo, že byla lékařská péče a zubní péče a všechna možná péče zdarma.

V kolika letech jste poprvé navštívil psychologa nebo psychiatra?

V dospělosti. V pětadvaceti.

Do té doby jste tedy měl nějaké psychické potíže?

Neměl jsem psychické potíže. Začlo to tím, že jsem docházel na Palatu, což je centrum pro duševně choré, pak jsem se věnoval kulturistice. Ted' [teprve] v dospělosti se profiluju.

Otázka č. 9:

Máte stálou partnerku?

Odpověď: Partnerek mám mnoho.

A co to jakoby pro Vás znamená?

Znamená to pro mě především to, že si mám kdykoli vždycky možnost s někým zapíchat.

Máte někoho, s kým byste žil dlouhodobě?

To ne, bydlím sám.

Máte rodinu?

Rodinu mám. Všichni usilovně pracujeme na tom, abychom byli co nejvíc v balíku.

Já mám teď na mysli, jestli máte děti.

Děti nemám. Ale teta má děti.

Vy už tedy žijete sám a nežijete s rodiči.

Nežiju s rodiči, ale kontakt s dětmi mám.

Otázka č. 10:

Plánujete do budoucna svoji rodinu? Plánujete mít děti?

Asi ne. Asi na to nikdy nebudu mít peníze. To bych musel bejt zabezpečený. Nemyslím si, že by byla doba zrovna vhodná na to mít nějak extra moc dětí.

Otázka č. 11:

Cítíte v životě nějaká omezení?

Omezení cítím. Třeba se platí na záchodech. Když jdete v KFC na záchod, tak se platí deset korun, že jo. Když jdete v Mc Donaldu na záchod, tak se platí deset korun. Všude se prostě platí, všechno se platí. Pokud nechcete zaplatit pět korun, tak vám nezbyvá nic jinýho, než si stoupnout ke stromu a vyčůrat se. Pak se člověk musí spokojit s tím, že každej vám vidí přirození.

A nějaké omezení v takovém jakoby obecnějším smyslu jako třeba v životě...

Vy tedy říkáte, že máte střední školu...

Mám střední školu, ale jsem samouk. Říkám Vám to pořád, že jsem samouk.

Pokud se týká zaměstnání, tak jste spokojený s tím, co děláte...

Mám invalidní důchod, takže mi stačí chodit do práce na čtyry hodiny. Čím víc budou tvrdit, že jsem blázen, tak tím budu mít ten důchod zajištěnější, ujišťuju Vás. Jediný problém je, abych se z toho nezbláznil definitivně, to je můj největší problém, opravdu no.

Otázka č. 12:

Čeho se momentálně nejvíc bojíte?

V současné době se nejvíc bojím metařů – profesionálů.

Proč se jich bojíte?

Bojím se jich proto, protože, když mezi ně jdu, tak nikdy nemetu tak profesionálně jako metou oni - profesionálně. Páč na rozdíl od nich já tam budu jenom na čtyry hodiny, zatímco

oni jsou profesionální metaři a metou celých osum hodin. To v KFC je to jiný, tam si v pohodě smažím kuřata a každému je to jedno.

Bojíte se ještě něčeho dalšího?

Jinak se vcelku nebojím ničeho, páč, když mi někdo zničí knížky, tak budu poslouchat klasickou hudbu, a když mi někdo zničí klasickou hudbu, tak budu číst kníky jo.. Mně to je jedno.

Otázka č. 13:

Z čeho jste měl v poslední době největší radost?

Největší radost jsem měl z toho, že jsem si koupil křečka a... pustil jsem ho. To znamená, že chtěl bejt svobodnej a já jsem s ním chvíli žil a pak jsem ho pustil do volný přírody, takže... On vyrostl mezi lidma a já jsem si ho koupil a pak jsem ho pustil, takže vlastně ten křeček dosáhl toho, čeho chtěl, pak se zbavil lidí a konečně byl svobodnej no.

Otázka č. 14:

Jste věřící? Pokud ano, v co věříte?

Věřící jsem. Věřím v Boha všemohoucího, kterej je nejlaskavější a zároveň nejkrutější ze všech.

Hlásíte se k nějaké církvi nebo k nějakému náboženství nebo jenom tak věříte?

Hlásím se k husitům.

To znamená, že chodíte třeba na nějaká setkání?

Ne, nechodím. Jsem pokrokový husita čili do kostela nechodím vůbec.

Otázka č. 15:

S čím si myslíte, že u Vás mohlo souviset propuknutí schizofrenie?

Pravděpodobně to začalo tím autismem a pokračovalo to až přes schizofrenii.

Otázka č. 16:

Jak jste na tom teď? (Podle lékaře i podle sebe)

Podle lékaře... lékaři by mi nejradši píchali Ziparelu, což je tekutá Ziprexa, ale já mám radši než ty injekce, když si ten prášek ráno vezmu. Víc mi vyhovují ty prášky než jednou za 14 dní tekutou Ziparelu. To mi moc nevyhovuje ty injekční léky, tam jsem se nějak moc nenašel. Sice je pravda, že mi píchnou lék a pak 14 dní nemusím nic brát, ale pro mě je výhodnější si každý den ten prášek vzít – to je pro mě lepší.

A ty injekce Vám chtějí dát proč? Berete ty léky pravidelně?

Tam je otázka, jestli budu brát léky nebo jestli mi budou píchat injekce, ale pro mě je lepší brát ty léky než si nechat píchat injekce.

Takže berete léky...

Beru léky no.

Cítíte se teď stabilizovaně nebo máte pocit, že máte zrovna nějaké horší období, nebo lepší...

Mám problém, abych se z toho nezvenc definitivně to znamená, že jako pořád balancuju na hraně toho stavu, kdy jsem vcelku normální a kdy to se mnou začíná být horší.

Ještě intenzivně zkoumají ten autismus, ale pořád se nemůžou dobrat toho, kde se ten autismus bere, ale těžko se můžou dobrat toho, kde se bere můj autismus, když to nejsou moje rodiče. To asi těžko někdy pochopěj, v čem ten autismus vlastně spočívá, když mě prakticky neznaj.

A kdo Vás prakticky nezná?

Vlastně lékaři. Jim jaksi nedošlo, že i když jsou vzdělání, tak jsem asi těžko jejich dítě, aby odmalička věděli, v čem ten můj autismus vlastně spočívá, že jo.

Otázka č. 17:

Navštěvujete pravidelně psychiatra?

Navštěvuji jednou za 14 dní psychiatra. V Ondřejově.

Otázka č. 18:

Jste spokojený se svým psychiatrem? Důvěřujete mu?

Za tu dobu, co docházím na Ondřejov jsem měl tři psychiatry a každý je jinej. Co psychiatr, to jinej přístup.

Ten poslední, kterého máte teď – s tím jste spokojený?

Paní psychiatricka – můj poslední doktor, ke kterému docházím – ta se mě snaží vyléčit hravou formou.

To vypadá jak třeba?

To znamená, že se mě snaží začleňovat do různých zájmových kroužků, snaží se mě psychologicky zocelit, abych mohl do práce a snaží se o laskavý, vstřícný a přátelský postoj.

Důvěřujete jí?

Ano, je moc hodná. Snaží se, ale prostě nechápe, že já si prostě hrozně беру takový věci, jako když mě do té práce přijmou a pak mě za 14 dní vyhodějí, tak to ten můj zdravotní stav šíleně zhoršuje. To znamená, že už mě tolikrát z té práce vyhodili, že začínám už bejt poněkud otrávenej. Ona se mě snaží přesvědčit, že mě ty lidi nechaj bejt, že mě nikdo nevyhodí, ale já prostě jí nevěřím.

Takže Vaše zkušenost je taková, že Vás už několikrát vyhodili.

Několikrát mě vyhodili.

Třeba z toho KFC...

Třeba z toho KFC.

Když Vás vyhodili, tak jste šel potom do jiného KFC?

Ne. Když mě vyhodili, tak jsem šel třeba k bezpečnostním pracovníkům, ale jako už jsem z toho věčného vyhazování z práce opravdu unavenej. Z toho se stala prostě národní záležitost – kdo koho a za jak dlouho vyhodí z práce a to už začíná bejt opravdu poněkud... Oni si myslěj, že s člověkem můžou zacházet jako s odpadkama. Že mě tam na 14 přijmou,

abych zpracoval nějakou dead line, nějakou čáru smrti a pak, aby mi dali tři tisíce a vyhodili mě, tak na to už jim seru opravdu, s odpuštěním.

Momentálně tedy pracujete v tom KFC a zametáte ulice...

Smažim kuřata no.

Takže Vás zase přijali...

Chci dělat v lahvích. Chci dělat ve vratných obalech.

Vy jste říkal, že Vás z toho KFC vyhodili... A teď tam zase pracujete?

Teď zrovna nepracuju, teď bych rád dělal v lahvích, ve vratných obalech.

Otázka č. 19

Pomáhá Vám ještě někdo kromě psychiatra? (Terapeut, sociální pracovník, právní poradce, ...) Někdo, koho máte přiděleného jenom Vy...

Pomáhá mi samozřejmě rodina.

Ano, ale já mám teď na mysli ty odborníky...

Pomáhá mi třeba sociální pracovník, to znamená, že když se někdy necejtím něco zaplatit, tak tam se mnou může zajít sociální pracovník.

Toho máte odkud – z jaké organizace?

Z Ondřejova.

Otázka č. 20

Užíváte psychofarmaka? Pokud ano – jaká? Nemusíte říkat název, stačí obecně.

Používám psychofarmaka, kterejm se říká psychofarmaka II. generace. To znamená, že mají minimum vedlejších účinků a přitom účinkují tak, jak účinkovat maj.

Otázka č. 21

Kdy jste se rozhodl navštívit odborníka? Co bylo impulsem, že jste si řekl, že už Váš stav vyžaduje péči odborníka?

Bylo mi 25 a důvodem byla krize – tomu se říká krize prostě krize, krizová situace. Krize je, když jste v krizi, to znamená, že si nedovedete vydělat peníze...

Takže finanční krize to byla...

Nebyla to finanční krize, byla to prostě celková krize. Když je vám padesát, tak se tomu říká chytit druhý dech, ale když je vám 25, tak je to prostě krize.

Otázka č. 22:

Napadlo Vás, že by se mohlo jednat o schizofrenii, předtím než Vám to sdělil odborník?

Ne, nenapadlo. První, co někoho napadlo, bylo, že jsem asi částečněj autista, ale znovu opakuji, že Tolkien taky celý život žil ve svém vlastním světě a nikdo ho nikdy autistou nenazval.

Otázka č. 23:

(Na tuto otázku už jste tedy zčásti odpověděl.) Za kterým odborníkem jste zašel nejprve?

Nejprve jsem šel do Medkovy ulice na Krizový centrum Ondřejov. To je odnož Ondřejova, ale je to Krizové centrum, tam člověk přijde, když má krizi, ale není to jediné centrum.

Otázka č. 24:

Myslíte si, že jsou dostupné služby pro duševně nemocné dostačující rozsahem a kvalitou?

Myslím, že jo, ale vzhledem k tomu, že bude asi zřejmě čím dál tím méně peněz, tak se to asi bude celý profesionalizovat, to znamená, že se zřejmě časem omezí péče na nezbytně nutné

případy. To znamená, že třeba už asi nebudou sociální pracovníci, ještě tak ti psychologové, ale vlastně nejjistější to mají psychiatři – to bylo vždycky.

(...) Pak zřejmě přijdou ti psychiatři zpátky s těma středověkejma metodama, jako je třeba sprchování studenou vodou, klystýr a různý takovýhle věci, ale to už pak není věda, to už je prakticky mučení.

Otázka č. 25:

Do jakých zařízení nebo organizací docházíte teď?

Chodím do Fokusu – do klubu Libuše, docházím do Ústavní ulice do Bohnic a docházím na Ondřejov.

Otázka č. 26:

Zajímáte se teď o problematiku duševních nemocí více než dříve?

Nezabývám se tím, páč kdybych se tím měl zabývat, tak se z toho zblázním.

Otázka č. 27:

Co nebo kdo Vám nejvíce pomohl/o se s nemocí vyrovnat?

Nejvíce mi pomohla se s tou nemocí vyrovnat rodina.

Otázka č. 28:

Myslíte si, že Vám tato zkušenost, tedy zkušenost s nemocí, něco dala?

Myslím si, že mi to nic nedalo, protože, když je člověk nemocnej, tak vám to těžko asi nějak pomůže. To je jako kdyby vám tvrdili, že když budete mít zápal plic, že po zápalu plic budete mít kvalitnější plíce... To je nesmysl. Když je člověk nemocnej, tak zkrátka řeší nějakou chorobu a neznamena to, že by to člověka nějakým způsobem zocelilo. Když vás někdo střelí do nohy, tak to těžko člověka přesvědčí, že když se z toho dostanete, tak že pak budete mít kvalitnější nohu. Většinou je to tak, že když vás střelej do nohy, tak získáte zkušenost s tím, jaký je to, když vás někdo střelí do nohy, ale zase na druhou stranu pak až do smrti kulháte.

Otázka č. 29:

Jaké podle Vás byly naopak ztráty? Když si myslíte, že Vám to nic nedalo, tak co jste tou nemocí ztratil?

Ztráty nejsou. Páč, když má člověk angínu, tak je to svým způsobem docela super, páč vás nikdo neotravuje, berete léky, něco si čtete a zkrátka čekáte, až ta angína přejde.

Takže to vidíte podobně – taky čekáte, až to přejde...

Až to přejde no. Páč bych se z toho nerad jednou zbláznil definitivně. Jako kdyby mi mělo hrozit to, že se z toho definitivně zvenču, tak to asi bych jako nechtěl.

Otázka č. 30:

Míváte (v současnosti) / měl jste někdy deprese?

Depresema netrpím. Trpím spíš... ani netrpím jako melancholií nebo nějakým takovejhlma věcma, spíš trpím agresivitou. Ale ne z mé strany. Když je na mě někdo agresivní, tak bejvám z toho naštvanej. Špatně snášim násilí a agresivitu.

Otázka č. 31:

Trpíte někdy nespavostí, nechutenstvím nebo jinými obtížemi, které by podle Vás mohly souviset s Vaším duševním stavem? Nebo s léky... (vedlejší účinky)

Vedlejší účinky ty léky maj, například jeden účinek těch léků je, že se člověku chce spát. Jiný léky jsou částečně halucinogenní, to znamená, že máte třeba pocit, že se zed' vlní, nebo že váš prst není váš prst, ale je to prostě něco, prostě halucinace.

Ale to Vy nemíváte – ty halucinace...

Jenom, když jsem v Bohnicích, protože tam vám dávaj silnější léky, než normálně беру jinde.

Vy jste tam někdy byl hospitalizovaný?

Dvakrát.

Z těch příznaků je to tedy hlavně ta únava...

Většinou jo. Většinou to bývá totální zničení a únava.

Závěrečná otázka:

Když bychom to nějak shrnuli, tak teď jste celkově se svým životem, tak jak ho vedete spíš spokojený?

Já nejsem člověk, kterej by se litoval nebo by byl se svým životem nespokojený. Já jsem člověk, který zkrátka dělá to, co dělá, aby se najedl, napil a zakouřil si. Plus ještě nějaký ty šaty, a když si občas pustím nějakou klasickou hudbu nebo si přečtu nějakou knížku, tak se nepovažuju za zločince...

Příloha č. 3: Rozhovor č. 3

Markéta, 32 let, pomocná číšnice

Otázka č. 1:

Kdy jste u sebe zaznamenala první příznaky schizoafektivní poruchy?

Nevím, absolutně to nedokážu dohledat, ačkoli jsem se snažila jakoby hodněkrát a hlavně jsem se absolutně ztratila v tom, co je ještě normální, a co už není. Jakože jsem se spoustakrát otáčela do té minulosti, abych tam našla nějaký poučení a příčiny. A pak už mi přišlo, že se příliš hrabu v minulosti, že už to jakoby ztrácí ten smysl a ten svůj účel, takže to vůbec nedokážu říct. Spíš to říká moje okolí – s čím taky nevím, jestli jsem úplně schopná souhlasit. První hospitalizace byla v roce 2005, což je... dvacet pět mi bylo, a další byla zhruba po pěti letech. Obě dvě trvaly dva měsíce. A moji rodiče třeba tvrděj, že to začlo ještě jakoby mnohem dřív, někde na gymplu nebo tak, ale... já jakoby nevím. Prostě nevím.

Otázka č. 2:

Setkala jsi se, předtím než u Tebe Tvá nemoc propukla, s někým, kdo by měl stejnou nemoc?

Ne. Tu diagnózu mi určili v tom roce 2005, takže jestli se mi něco dělo divnýho, tak jsem ani nevěděla, jak se to jmenuje nebo, že něco takovýho existuje nebo, že existuje schizofrenie... Takový věci jsem prostě vůbec netušila.

Takže jsi se s tím setkala až při té hospitalizaci...

Jsem byla zařazená do nějaký škatulky, označená...

Otázka č. 3:

Měl schizoafektivní poruchu nebo něco podobného někdo u Vás v rodině?

Ne. Myslím si, že ne. Nevím o ničem.

A třeba nějaký jiný duševní poruchy nebo problémy jako třeba závislosti, deprese, sebevraždy...

Sebevraždu tam máme. A to bylo z důvodu... jako to bylo před válkou. Můj pradědeček spáchal sebevraždu, protože nechtěl zažít válku. Ale já mám pocit, že to u nás žádný tabu není. Že se o tom jakoby ví, a že není co na tom řešit.

Otázka č. 4:

Co se ve Tvém životě od propuknutí nemoci podle Tebe (z Tvého pohledu) změnilo?

(Vidíš teď některé věci jinak? Změnily se nějak Tvoje hodnoty?)

Změní se strašně moc věcí tím, že si najednou neseš to stigma – tím se změní hodně věcí, protože to najednou začne bejt jako kdyby něco, co Tě určuje, ale přitom v podstatě možná ani nic o Tobě nevypovídá. A zároveň asi nějaký důvod, proč to vzniklo taky je, takže prostě asi třeba se z toho i nějak poučit. Prostě všechno má své příčiny. V tomhle se ten život jakoby hodně změnil – takovej ten jako kdyby praktickej.. Třeba při první hospitalizaci nebo po první hospitalizaci řekl můj psychiatr: „Nó, Vy budete dobrá, Vy budete pracovat, tak Vám ani invalidní důchod dávat nebudeme.“ Tak to bylo furt ještě takový – furt jsem byla ještě jakoby víc v té skupině jako kdyby normálních lidí. A při té druhý, po té druhý – ta byla mnohem jakoby drastičtější - a potom jsem ho už jakoby dostala. Sice hrozně nížkej, takže je to naprd, ale aspoň něco. A už tam jsem jakoby prostě, už je ta stigmatizace podle mě ještě větší, daná ještě další okolností, o který třeba teď mluvit nemusím, třeba se k ní dostaneme nebo ne.

Mám pocit, že vždycky pod vrstvou nějakých jakoby nánosů se teprve odkrývá jakoby nějaká moje charakteristika nebo to, co jsem já. A to je dost jakoby těžký v jakýkoliv oblasti – když si člověk snaží najít práci nebo cokoliv, že prostě člověka začnou posuzovat tady z toho hlediska. I třeba bydlení po hospitalizaci bylo pro mě hodně náročný – to bylo společný bydlení, komunitní, ale naprosto ne s lidma, se kterými bych sdílela nějaký stejný morální hodnoty nebo stejný zájmy nebo cokoliv, ale jenom z toho důvodu, že máme všichni diagnózu a prostě to nefungovalo naprosto. Třeba. Fakt ta nálepka – že člověk jakoby někam patří, je jinej.

Doplňující otázka:

Máš teď z něčeho víc strach, než jsi měla předtím?

Ne, přestávám mít strach. Ale to je úplně o něčem jiném, to souvisí s úplně jinejma věcmi.

Otázka č. 5:

Jak vidíš svoji budoucnost?

Hezky.

Myslíš si, že ji ta zkušenost nějak ovlivní (budoucnost)?

To teď nedokážu vůbec dát do souvislosti. Nevím přesně asi, na co se ptáš.

Otázka č. 6:

Našla sis mezi duševně nemocnými nějaké nové přátele?

Jednu jedinou kamarádku, se kterou se znám už sedm let a spojujou nás úplně ještě jiný věci než tohle. Spojuje nás tohle jako zkušenost, prostě jsme si musely projít podobnejma věcmi, ale kdyby to bylo jenom o tom, tak si s ní nemám, co říct. Právě proto, že jsou tam jiný věci, tak právě proto jsme si blízký. Protože těch lidí, který prošli nemocnicí nebo maj nějakou diagnózu, je strašně moc a nemám si s nima o čem povídat. Nebo jenom v něčem a v podstatě ne možná až tak podstatným.

Otázka č. 7:

(Pro upřesnění ot. č. 5) Máš už tedy představu o svém zaměstnání?

Mám představu. Třeba, že budu dál malovat a prodávat svoje obrazy. Například. Mám představu každopádně dělat něco naprosto jinýho, než dělám, teď.

V nejbližší budoucnosti Ti tedy z praktických důvodů vyhovuje zůstat zatím tam, kde jsi, a potom teprve eventuálně, kdyby byla nějaká příležitost, tak bys radši dělala něco, co by Tě víc naplňovalo nebo...

... rozvíjelo, obohacovalo, mělo smysl...

Tenhle pocit, jestli to dobře chápu, tedy nemáš, v tomhle zaměstnání [pomocná číšnice v sociální firmě Jůnův statek].

Ne, naprosto ne. Dokonce si myslím, že si tím karmicky škodím, což mě dost trápí.

Máš pocit, že je to nějak v rozporu s Tebou...

Jo.

Otázka č. 8:

Jaké jsou Tvoje záliby?

Malování, zpěv a hra na kytaru, příroda, blízcí lidé, přátelé. Já nevím, jestli to má pořadí. Nemá to asi pořadí. Na prvním místě jsou možná ty lidi. Rozhodně bych radši dál rozvíjela nějak tu jógu třeba, meditace a podobný věci.

Otázka č. 9:

Měl / a jsi jiné záliby před a jiné po propuknutí nemoci?

Vidíš tam nějaký rozdíl nebo přesun někam jinam?

Ani ne. Nebo možná jo. Tak těm duchovním věcem jsem samozřejmě rozuměla míň, než teď a taky jim třeba ještě nerozumím. Asi to všechno tam nějak směřovalo, tím směrem. Na kytaru jsem dřív neuměla hrát vůbec třeba, a myslím, že se mi i v poslední době daří být víc v přírodě, a zase – co je asi nejpodstatnější – začíná být okolo mě víc lidí, se kterejma si myslím, že se rádi vidíme vzájemně. Právě ty hospitalizace a právě tyhlety jakoby přerušování nějakýho směru v tom životě byly komplikovaný v těch návratech a znovubudování si jakoby světa svého, i sociálního, ty kontakty a všechno.. Tak vlastně mám pocit, že teď je to ze všeho jako kdyby nejlepší, a že to směřuje tím směrem, kterým má a i ta příroda... Vypadá to, že se mi snad i podaří vystěhovat se z Prahy a mám pocit, že to jsou dost jako důležité věci. Nevím, jestli si tohle psychiatři uvědomují, málokdy. Maximálně do nějakýho doporučení zařaděj nějakou procházku nebo... jo, občas nějaký vejlety, dobře – abych jim nekřivdila... ale že za mnohem podstatnější považují tu rutinu a práci a tyhlety všechny věci. A myslím si, že pobyt v přírodě je prostě úplně zásadní věc, že který ... tam člověk se učí všechno a čerpá sílu, a uvědomuje si, že je na ní závislej a takový ty věci, který si myslím, že jsou teď hodně důležité. Myslím, že to je klíč ke zdraví.

Otázka č. 10:

Změnila nějak Tvoje nemoc vztahy a atmosféru doma?

Jo. V něčem je to komplikovanější, v něčem je to jednodušší. Vzhledem k tomu, že se to týká psychiky i emocí a různých takových věcí, tak moje poměrně dost racionálně založený rodiče najednou museli řešit trochu jiné věci, než na jaký jsou zvyklí a myslím si, že to s nima trošičku pohlo. Asi víc s tátou, než s mámou, ale zase na druhou stranu možná ještě pořád převládá nějaký jakoby pocit, že jsem jim třeba něco dělala naschvál nebo i to, že se mi tyhle věci děly, že byly jim naschvál nebo, že je se mnou víc starostí, než by mělo být a podobný věci. Takže takový obojí dohromady – v něčem pozitivní, v něčem možná jako kdyby negativní, nebo já to nechci úplně soudit.

Ty teď bydlíš s rodiči?

Ne. Bydlím pořád jakoby v chráněném prostředí.

To znamená v nějakém chráněném bytě?

V chráněném bytě, v garsonce.

Takže bydlíš tedy sama...

Ano.

A ten byt Ti nějak přidělili nebo...

Tohleto je nadace Bona, Bona o.p.s. – obecně prospěšná společnost a oni prostě spravují nějaký byty, který mají od města a je to nedaleko Bohnic a je to prostě jako kdyby pro chráněný bydlení určený a jednak tam jsou komunitní byty a jednak tam je tenhle program, kterej se vlastně jmenuje „Program samostatného bydlení“ neboli PSB a z něj jakoby... no, nevím, jestli to vyloženě má nějakou následnost nebo jestli člověk třeba rovnou z nemocnice by mohl jít na PSB – to si v tuhle chvíli nejsem jistá – těma vnitřníma pravidlami, ale já jsem byla každopádně rozhodnutím lékařů a mých rodičů umístěna do komunitního bytu a pak jsem žádala o PSB, takže pak jsem začala bydlet sama – po dvou letech.

Jenom, abych si to ujasnila – Ty jsi bydlela u rodičů řekněme do...

Ne, já jsem nebydlela u rodičů. Já jsem bydlela u rodičů do svých dvaceti let.

A potom

Potom u svého přítele, pak se svým přítelem v jiném bytě, pak po rozchodu se svým přítelem sama v tom bytě a pak na tom komunitním bydlení.

Takže k rodičům ses nikdy nevracela od těch dvaceti...

Ne.

To Tě to ani nenapadlo?

Napadlo, ale oni to nechtěli.

Řekli Ti, proč to nechtěli?

U nás jako kdyby nebyl prostor. V době, kdy byla ta první hospitalizace, tak jsem měla ještě toho přítele, takže nebyl důvod, proč bych se měla vracet k rodičům a v době té druhé hospitalizace, tam bylo spoustu důvodů, proč to jakoby nešlo. U nás ty finanční důvody nejsou, to asi nechci rozvádět, protože toho je víc.

Otázka č. 11:

Změnily se vztahy mezi Tebou a Tvými přáteli?

Mám nového přítele. Většinou mám nového přítele. Mám třeba dlouhodobého kamaráda – přítele - toho svého bývalého přítele - to je prostě pro mě jakoby nejdelší fungující vztah – dvanáctiletý (půlku z toho jsme spolu byli, půlku ne). Pak třeba tady ta kamarádka, co jsem ji potkala v těch Bohnicích, ale zbytek se proměňoval. Vždycky nějak odpadli, i když jsem právě třeba potřebovala, tak odpadli. V průběhu života různě odpadávali, takže prostě jsem si tisíckrát pokládala otázku – proč, a co jsem dělala špatně. Prostě to tak bylo. Teď to vypadá, že je to našlápnutý docela hezky, ale – to je asi na mně, jestli budu schopná si to udržet.

Myslíš tedy, že to nějak souvisí s tou nemocí?

Je to možný no, to bych se musela asi zeptat jich. Nějaký zpětný vazby úplně nedostávám. Možná maximálně od té moje kamarádky, že jsme měly obě dvě takový období,

kdy nám začalo bejt zase ne úplně dobře a třeba v tý době jsme nebyly schopný se spolu bavit, protože jsme každá měla problémy. Málokdy se mi stane, že dostanu nějakou zpětnou vazbu. Největší jí dostávám v podstatě od těch rodičů, kde si zase nejsem jistá, do jaký míry je opravdu reálná, protože i kdyby se nestalo to, že já skončím v nemocnicích, tak si myslím, že jsme natolik rozdílní a natolik jim připadaj nějaký věci mimo a bláznivý a každej žijem naprosto v jinym světě – to by jakoby bylo vždycky. Takže tam to nedokážu úplně posoudit.

Tam myslíš, že to nesouvisí nejvíc s tou nemocí, ale...

Nejen, je to propojený.

Otázka č. 12:

Máš stálého partnera?

Na to nechci v tuto chvíli odpovídat.

Takže se asi nemá cenu ptát se na doplňující otázku... Ta totiž obvykle zní: „Měl / a jste stálého partnera / partnerku před propuknutím nemoci?“ (Sleduju, jak to souvisí s nemocí – zda se partnerský vztah udrží apod....)

Můj první vztah trval šest let. Nedokážu říct, jestli to ztroskotalo tady na tom, možná ani úplně ne, nebo částečně třeba. Ale každopádně – nerozešli jsme se v tý krizi, nerozešli jsme se v době, kdy já jsem šla do nemocnice. Rozešli jsme se dost dlouho potom. Chodil za mnou do nemocnice každej den a přečkali jsme to spolu. Byl jedinej, kterej stál opravdu při mně. Byl jedinej, kterej stál opravdu při mně i v době, kdy už nebyl můj přítel, ale jenom kamarád.

Otázka č. 13:

Plánuješ do budoucna rodinu? Chceš mít děti?

Já zas tak úplně do budoucna neplánuju. Ale jo – chci mít děti. Ale je to hodně dopředu. Nebo třeba ne, já nevím.

Takže tomu necháváš volný průběh..

Nechávám tomu volný průběh.

Ale nebránila by ses tomu...

Nebránila bych se.

Otázka č. 14:

Cítíš teď v životě nějaká omezení?

V něčem jo no.

A souvisí to s tou nemocí?

Hm.

Chtěla bys to trochu rozvést nebo říct nějaký příklad omezení?

Co cítíš jako omezení?

Asi samotnej ten fakt toho označení, zase jsme u toho – ta stigmatizace, třeba z hlediska hledání práce. Stalo se při té druhý hospitalizaci i to, že mám omezenou způsobilost a to se u nás v Čechách děje dost často, mnohem častěji, než v jiných zemích. A samozřejmě budu žádat o to, aby mi to vrátili, abych jí neměla omezenou. Ale tak tyhle dvě věci – to jsou spojený nádoby, tak to je prostě pro mě dost taková jako

A v čem to tedy konkrétně u Tebe spočívá – ta omezená způsobilost?

Přidělili mi opatrovníka, kterým je shodou okolností můj otec, protože to tak jako vymyslel, a protože s tím souhlasil a tak a on je v podstatě správcem mých financí, tím pádem nějakým způsobem má nade mnou dá se říct i moc nebo prostě ovlivňuje průběh mého života nějakým způsobem, protože na to, s čím souhlasí, na to peníze dá, na to, s čím nesouhlasí, na to třeba nechce a normálně bych se v tomhle věku už nemusela bavit s tátou o tom, co chci dělat a jakým způsobem chci svůj život vést. A musí za mě podepisovat smlouvy, nemůžu třeba pracovat s penězi jako v zaměstnání. A už jen prostě ten pocit toho opatrovníka – zase prostě další stigmatizace. Je to celkově nepříjemný hodně. A ještě to, že vlastně teprve mám před tím soudem, ještě neproběhnul, ještě jsem ani nezažádala z různých důvodů. Pak mě taky omezuje v tom, že nedělám úplně rozhodnutí tak, jak bych chtěla, protože mám pocit, že se musím chovat tak, aby to soudu připadalo normální, aby v době, kdy bude probíhat soud všechno bylo tak, jak se pokládá za normální a odhadnout to a prostě, aby se mi to vrátilo,

abych to dostala zpátky. Je to takový divný no. Slyšela jsem už jako víckrát nějaký tendence o tom, že by to měli úplně zrušit nebo tak, ale snad až v roce 2014, já nevím, co je na tom pravdy, zatím se ke mně nedostala žádná konkrétní a opravdu jistá informace.

Otázka č. 15:

Čeho se momentálně nejvíc bojíš?

Já se nebojim.

Co Ti dává jistotu nebo co Tě směřuje se životem / s Tvými problémy?

Já mám prostě pocit, že všechno se děje tak, jak má, že se to děje správně, protože prostě všechno má své příčiny a důsledky, všechno, co mě potkává, jsem nějakým způsobem i já sama vytvořila v minulosti. Prostě karma. A je tady asi nějaká taková jako základní důvěra prostě – někdo to může nazývat i tou vírou v Boha. To souvisí, je to úplně to samý.

Otázka č. 16:

Z čeho jsi měla v poslední době největší radost?

To si asi taky nechám pro sebe.

Otázka č. 17:

Myslíš si, že Tě ta nemoc nějak změnila? Pokud ano, jak?

Já nevím, jestli to je nemoc. Myslím, že se měním, a jestli mě změnila nemoc..

Tak jestli ne „nemoc“, tak třeba „zkušenost“. Zkušenost to asi je, ne?

Zkušenost to je no.

Otázka č. 18:

Jsi věřící? Pokud ano, v co věříš?

Hlásíš se k nějaké církvi nebo k nějakému náboženství?

K církvi se nehlásím, už ne, protože mě nějak přestalo zajímat uzavírat tu víru do nějakých.. i prostor třeba. Už jsem přestala mít tolik vztah i k nějakým kostelům a takovým

věcem, že prostě – všechno to nahradila příroda. A je mi blízký ten východ. Věřím v zákon karmy. (...)

Otázka č. 19:

S čím myslíš, že u Tebe mohlo souviset propuknutí schizoafektivní poruchy?

Já nevím přesně. Myslim si, že do nějaký míry je to civilizační záležitost, ale nechci se na to nějak vymlouvat. I to, že jsem se narodila tam, kde jsem se narodila a lidem, kterejm jsem se narodila není náhoda, takže prostě je to tak správně. Mohl sehrát určitou roli nějaký třeba stres a nějaký dispozice, který se prostě projevil v určitý době a situace v rodině – vztahy, nějaká konstelace taková. Myslim, že u nás v rodině pořád převažuje názor, že problém mám já, že já mám diagnózu a u mě byla diagnostikovaná nemoc. Ale já si myslim, že vznikla někde uprostřed [nemoc], že prostě máme na tom jakoby každý svůj podíl a to už možná někdo nevidí, protože prostě všichni ostatní v mé rodině spadaj do té sféry těch zdravejch nebo normálních, a to je potom, myslím, docela problém, slušně řečeno.

Otázka č. 20:

Jak jsi na tom teď? (Podle lékaře i podle sebe)

Stabilizovaně.

Otázka č. 21:

Navštěvuješ pravidelně psychiatra?

Jo.

Otázka č. 22:

Jsi spokojená se svým psychiatrem? Důvěřuješ mu?

Nedokážu to říct úplně. Že bych plně důvěřovala nějakýmu, jakýmkoliv psychiatrovi to naprosto nemůžu říct. Je pravda, že s mojí doktorkou se mi ten vztah nějakým způsobem vyvíjí. Třeba pozitivní mi připadá už to, že se mě vždycky, i když jsem třeba měla takovou docela krizi v tomhle směru, ptala, jestli maluju, a já vždycky: „Ně.“ a ona vždycky: „Tak malujte!“ A pak si dokonce koupila dva obrazy. Jakože tam nějaký pochopení jakoby je, ale v něčem třeba vůbec, už jenom třeba proto, že ona sama má život úplně jinej, že zase jakoby

reprezentuje určitý způsob fungování, který třeba pro mě jakoby není vůbec inspirativní. Ale je to nějaký vývoj – něco o mě pochopila a v něčem se ten vztah vyvinul. Jenže ona teď je na mateřský a mám úplně novou, se kterou se mi vůbec nechce nic moc rozebírat, protože se mi o tom celým nechce mluvit znova, ale je to dočasný a v podstatě mám spíš v plánu ještě doktora hledat, abych opravdu našla třeba člověka, který bude hledat ještě jiné alternativy, než jenom tu klasickou medicínu, aby to nebyl jenom zástupce té klasický medicíny, že asi mým cílem je najít – kdybych to převedla na tu ajurvědu, která je jediná, kde mluvím o konkrétní medicíně nebo konkrétním přístupu, tak budu hledat třeba psychiatra se zájmem o ajurvědu a ajurvédskýho lékaře, který má ponětí o psychiatrii. Aby to bylo návazný, aby to bylo propojený, aby v případě toho, že budu chtít postupně pomalu opouštět ty prášky, aby to bylo pod kontrolou. Abych se nedala všanc nějakému alternativnímu esoterikovi, bláznovi nějakému, který prostě vůbec neví, co dělá a nemá žádný zkušenosti a zároveň mě nebaví trávit čas s psychiatrami, kterým prostě horem pádem něco vysvětluješ a oni o tom nemají ani páru, protože prostě na tuhle Tvoji vlnu a přirozenost vůbec nejsou naladěný. Takže nějak tak. Jestli to může nebo ne jakoby dojít tímhle směrem s tou mojí psychiatrickou, jestli to může takhle jakoby jít to nedokážu v tuhle chvíli posoudit, jako už s ní zase teď nejsem v kontaktu, takže – kdyby se ukázalo, že i s ní můžu touhle cestou jít, tak ideální je neměnit každou chvíli doktora, to taky nikam nevede, ale prostě pokud se ukáže, že ne, tak prostě změna.

Otázka č. 23:

Pomáhá Ti ještě někdo kromě psychiatra? (sociální pracovník, právní poradce, ...)

Můžu tady vyjmenovat, kde všude jsem jako kdyby zaháčkovaná, což je: povinný terapeut je terapeut na bydlení, který se má se mnou dvakrát do měsíce sejít a prostě řešíme různé věci. Ani nemám chuť to všechno nějak vždycky probírat, ale je to prostě povinný, tak se to děje. Většinou se to děje kratší dobu, než by se to oficiálně mělo, tím pádem to mám i o padesát korun levnější. Paradox je, že to je povinný a musím to platit. Nedokážu říct, jestli to je úplně prospěšný nebo ne. Možná někdy, někdy je mi to i na obtíž.

Potom mám case – managerku ve Fokusu, se kterou jsem se teda už dlouho neviděla a tam pracujeme, dá se říct, na tom navracení té způsobilosti, takže sháníme i právníky a tak, s tím, že už máme rozjednanou právníčku, která teda tvrdila před Vánocema, že po Novým

roce by byla ochotná se mi věnovat a nevím, jak je na tom teď. Já sama jsem ještě chvíli počkala, protože mí rodiče s tím nesouhlasili a mně jakoby přesto, že vím, že můžu tu žádost sama za sebe podat úplně kdykoli, tak mně nějak přišlo jakoby důležitý, aby i okolí nebo prostě co nejvíc lidí v tom okolí bylo na mé straně. Aby prostě ta energie vyvinutá byla opravdu jako silná. A dokonce se stalo, že můj otec, kterej ze začátku tvrdil, že za bůhvíjak dlouho by bylo vůbec možný požádat, tak mi nedávno nabídl, že když on mi zažádal o to omezení té způsobilosti, že on sám taky zažádá o navrácení, ale ovlivnila ho máma, která zase ho přiměla k tomu, že až na podzim, ale tak si říkám, že možná do toho podzimu se ještě dá počkat, uvidím. Takže mi to přišlo takový jako dobrý, že on sám by napsal tu žádost, že mi to přišlo možná lepší, než kdybych jí poslala já. Upřímně řečeno – já jsem z toho někdy úplně už unavená taky, ze všeho. Některý věci prostě na čas přestanu řešit jenom proto, že už toho mám dost.

Pak vlastně chodím k psychiatrice, potom k psychoterapeutovi, potom jsme párkrát byli s mým otcem u psychologa na rodinný terapii, že jsme se pokoušeli nějaký věci řešit přes rodinnou terapii, protože jsme nebyli schopný se sami domluvit a bylo u nás docela dusno. V poslední době se to docela zklidnilo, takže k němu nechodíme, ale ovlivnilo to i to, že táta má jakoby větší pracovní vytížení a prostě to není úplně reálně možný. Ale když to člověk spočítá, tak už je toho docela dost a je to spíš i únavný někdy.

Tyhle služby jsi teda ale asi vyhledala dobrovolně.

Akorát toho terapeuta na bydlení máš povinně.

Terapeuta mám povinně. Psychoterapeuta jsem vyhledala sice dobrovolně, ale tak jakoby napůl. To spadalo do takovýho toho systému, kterej je obecně vytvořenej, že prostě je důležitý co – práce, bydlení, psychoterapie – no, něco takovýho, takže prostě jsem si říkala: „Dobře, tak když to furt všichni říkaj, tak já to teda zkusím.“, ale jako, že by to bylo vyloženej z nějakýho přesvědčení, jakože vím, že tam mi pomůže, tak tam jdu, tak to ne.

Otázka č. 24:

Užíváš psychofarmaka?

Ano.

Otázka č. 25:

Kdy jsi se rozhodla navštívit odborníka?

Nikdy!

Ale navštívila jsi ho nakonec...

Protože jsem k tomu byla donucená.

Takže jestli tomu dobře rozumím, tak Ty, kdyby bylo po Tvém, tak bys k tomu odborníkovi sama nešla...

No, ani v jednom případě. Ne k těmhle prostě.

Tak co bys třeba dělala, když přišla ta ataka a kdyby ses mohla svobodně...

Hele já nevím, já fakt nevím. Když to bylo poprvý, tak si pamatuju... to jsem měla asi nějaký jakože teda ty halucinace, já si to už přesně taky nepamatuju. Celému okolí to začlo připadat hodně divný, já jsem byla u přítele v Bratislavě a naši se rozhodli, že pro mě přijedou. Najednou se prostě zjevili s velkým autem, narvali mě do toho auta, máma se poradila se svojí kamarádkou, která je doktorka, ale úplně samozřejmě není psychiatricka, je úplně prostě jinde a že mě odvezou do Bohnic a já si jenom jakoby pamatuju – takovej jako kdyby pocit, že jsem možná o těch všech věcech vůbec neměla mluvit, že jsem si je měla nechat pro sebe. Nebo to říkám teď. Ten pocit v tom autě, že najednou jsem v sobě cejtila strašně moc síly všechno zvládnout jako úplně v pohodě a i jsem jim to začala říkat, ale už to bylo rozjetý a prostě oni mě tam jakoby dovezli a nemohla jsem s tím jakoby už nic dělat. Najednou i to, že jsem se ocitla v tom autě, který prostě smrdí a jede – je to takový monstrum a prostě tady to všechno. Najednou jsme přistáli tady v Bohnicích. Tam Tě v podstatě jakoby donutí podepsat dobrovolnej vstup, protože prostě kdybys ho nepodepsala, tak to udělaj nedobrovolně. Není jiná varianta. Takže oni do Tebe šijou a potom to teda podepíšeš. A pak Ti vezmou doklady a všechno ostrý a daj Ti andělíčka.

A podruhé... ono se to projevuje tak, že když se něco začne dít – to si jako dlouho neuvědomuješ, že se něco děje, to je právě ten důvod, že tam je ta hranice hrozně křehká, proto je těžký i mluvit o tom vysazování těch léků, protože prostě si říkáš: „Jo, fajn, budu pod dohledem lékařů, a když by to začalo vypadat zase jako blbě, tak ty prášky zase začnu brát.“

Jenže třeba už ne, třeba už bych je prostě vůbec zase neposlouchala. A to se hrozně těžko odhaduje tady to. Já jsem si jakoby nebyla moc vědomá toho, že by něco bylo. Já jsem jenom cejtla takovou... jako vim – byla jsem zrychlená, dělala jsem různé věci, já to ani nechci všechno rozebírat, ale vim, že jsem si připadala třeba hodně jako osamocená, že jsem měla pocit, že mě v tom každéj nechal, že mi jakoby nikdo moc jako... že se nikdo o mě moc jako nestaral - co se mi děje, jak žiju nebo prostě tak. Bylo pár lidí, který ... ale spíš se odtahovali. Anebo nabízeli tu variantu, takovýto: „Hele, běž si lehnout do té nemocnice, odpočineš si.“, a tak. Pro mě naprosto nepřipustná představa. A začli jsme mít ty neshody s tím tátou, který teda máme celej život, ale prostě zase... nějaký věci, který jsme řešili a nezvládali. A on začal volat mýmu psychiatrovi a snažil se mě přimět k tomu, abych za nim zašla. Nakonec mi volal on, ten psychiatr a říkal mi, že s nim mluvil otec, a kdybych měla chuť, že on je tady pro mě, a že kdykoli můžu přijít. Což mi jako zpětně přišlo od něj docela jako hezký gesto. A já jsem mu prostě v tu chvíli řekla, že jako děkuju, ale že nemam prostě chuť to řešit touhle cestou. A nakonec jsem prostě si řekla: „Tak fajn, tak do toho krizovýho centra zajdu.“, protože jsem si říkala přesně takový to, že potřebujeme toho prostředníka – vlastně jsem si to představovala jako tu rodinnou terapii. Že když tam bude někdo, kdo vyslechne i můj názor i tátův názor, že budeme schopnější se bavit. No a vyšlo z toho to, že na mě zavolali záchranku i s policajtama.

Jako nesmyslně, protože to jsem.. jakoby v té mánii děláš věci jakoby hrozně rychle, moc jsem nejedla, zhubla jsem hodně. Moc jsem nespala a podobně. Byla jsem hodně vyčerpaná. Ale vůbec jsem nebyla nějaká, že bych se s někým rvala, bojovala nebo něco takovýho, toho jsem ani nebyla schopná. A oni prostě zavolali policajty, což byl tak nepřijemnej pocit! A je to divný, protože pokud člověk ohrožuje sebe nebo své okolí, tak je to jedinej jakoby důvod, kdy maj ty doktoři právo Tě zavřít proti Tvý vůli. Ani jakoby v jednom z těch případů.. Jako možná ohrožuješ svůj život i tím, že nejíš, nespíš a děláš jiný věci, který můžou bejt třeba destruktivní pro Tebe, to uznávám. Když si prostě uvědomíš, že choděj po světě lidi, který vytahujou na lidi kudly, tak tam je potom podle mě na místě nějaká policie nebo nějakěj drsnější přístup, ale já jsem nikomu nevyhrožovala, nikomu jsem nechtěla ublížit a sobě taky ne, že jsem nikdy neměla ty tendence k sebevraždě, ani v jednom z těch případů. Jo, pamatuju si, že mě to jednu dobu nějak napadlo. Možná, že jo. Možná při tom prvním jako jo – mě to napadalo, že jsem tam potom měla občas problém chodit nějak na balkon. Ale zároveň jsem věděla, že bych to nikdy neudělala. Nevim, co to mělo bejt. Jestli se to mělo upevnit – tahle víra. Ale nebylo to, že bych jako chodila a: „Já skočim, já skočim!“ nebo

prostě jsou lidi, který fakt skočili – znám takový, který skočili, přežili to nebo se i pořezali. Já bych v životě neudělala nic takového.

A tu policii teda na Tebe zavolali, protože..

Protože si mysleli, že nepudu dobrovolně, což odhadli správně a protože maj takovejhle standartní postup – něco takového.

No ale i když je hospitalizace nedobrovolná, tak většinou jsou tam ti zřízení alespoň dva, takže potom ti policajti – to už byla asi taková spíš nadstavba...

Byla to nadstavba, bylo to zbytečný, naprosto. Hlavně mně přišlo hrozně jako nefér – tam proběhlo takový něco, že já jsem se samozřejmě dostala vlivem tady toho do situace, kdy jsem přišla o práci i o prachy, který mi posílal táta. A najednou jsem se vlastně ocitla v situaci, kdy jsem neměla peníze. A ta doktorka, který jsem vyprávěla, co žiju a do toho táta začal mluvit, jak on to vidí... a bylo to takový docela emoční, tak ta doktorka nám řekla, že by bylo dobrý, kdybychom si začali povídat každé zvlášť, takže tátu odvedli do jiný místnosti a mně přivedla nákou jakože ženskou, která byla údajně ani ne doktorka, ale měla bejt jenom přes ty oblasti jakoby sociální. Jsem si myslela, že mi poradí, jestli mám zajít na Úřad práce nebo co mám jakoby dělat tady v tom případě. Takový ty praktický jakoby věci. No a s tou ženskou jsem se jakoby chvíli bavila a pak tam najednou byli ty zřízení nebo co to jsou – bratři nebo kdo to je?

No, asi zřízení.

No a už mě vezli. Ta doktorka se mnou neudržovala nějaký kontakt. Asi by bylo jasné, co bych na to řekla, ale prostě podle mě měla přijít a říct: „No, to, co jste nám tady říkala nám připadá jako, že potřebujete bejt hospitalizovaná a my si myslíme...“ a takhle a takhle, a ne, že za Tvejma zády.. To vnímám furt stejně, že to bylo prostě nefér! Jasně, že bych jim na to řekla, že do nemocnice nechci a jestli by to nešlo třeba ambulantně nebo prostě vůbec bych asi nechtěla k doktorovi. Takže se snažím pochopit i jejich přístup, že možná neměli trochu na výběr - co se mnou, ale stejně si myslím, že to bylo takový trošku za mými zády. Najednou jsem nevěděla ani, kde ten táta je. Jakože to, co jsem prožívala bylo hodně nepřijemný.

Tahle zkušenost tedy asi zrovna nepodpořila Tvůj vztah k těmto odborníkům.

No právě – vůbec!

A to je možná ono – že není nějaký individuální přístup. Že jsou nějaký prostě normy.

Oni sami se podle mě uměj jako kdyby jenom bát. Nebo jenom předpokládat ty horší varianty. Vim, že to je proto, že mají ty zkušenosti. Ale zároveň vim, že negativní přístupy vytváří negativní skutečnost. (...)

Člověk si tam [v léčebně] potom nějakou pozici vybuduje. A celkem rychle mě přemístili na jiný oddělení, který nebylo to příjmový, a který bylo jakože to...

Otázka č. 26:

Napadlo Tě, že by se mohlo jednat o schizoafektivní poruchu, ještě předtím než Ti to sdělil odborník?

Ne, já jsem nic nevěděla. Já jsem se o nic jako o psychologii nebo psychiatrii nezajímala, takže jsem ani nevěděla, že jsou nějaký diagnózy a vlastně jsem dlouho moc nevěděla, co to znamená, ani si nejsem jistá, jestli vim úplně přesně, co to znamená teď konc.

Co znamená to slovo „afektivní“ to třeba vim. (...) Že ta afektivita znamená střídání nálad. Jakoby ty velký výkyvy. A že to je „schizo“ – tak to bude asi něco s tou schizofrenií, ale vlastně v čem nebo jak... Mám pocit, že všechny názvy diagnóz zněj prostě divně.

(...)

Vždyť oni sami ani nevědí, nakonec. I když si vytvořili škatulky, tak nejsou schopný Tě do nějaký úplně přesně zařadit, takže prostě... už i tohle... (...)

Občas jsem se z nějaký takový jakože zvláštní poctivosti, nevím... Ani ne tak úplně ze zájmu... se snažila něco přeciť a většinou to právě skončí u té schizofrenie, že stejně ani nikdo nejde jakoby dál, k nějakým dalším, to je přesně ono – třeba o tom, co nalípli mně se nikde nedočtu. (...)

Stejně si myslím, že to vzniká z nákyho.. Mnohem blíž je tomu jako třeba i psychospirituální krize nebo..

Psychospirituální krize se ale bere zase jako jiná diagnóza...

To se bere jako jiná diagnóza?

(...)

Podle mě je to [psychospirit. krize] něco, skoro možná až nezbytného ve vývoji člověka...

Možná, že ani není, protože mně právě přijde, že kdyby bylo dobrý duchovní vedení, tak ani není. My tady nemáme žádný duchovní učitele. My tady prostě jsme ve všem docela sami. A když, tak studujeme z knih. To vůbec není to prvotní, co třeba na tom východě mají. Tam je jasná ústní tradice, takže mistr. To tady prostě není. Takže prostě problém je v tom, že se nám dějou věci, že otevřeme nějaký věci dřív, než bysme měli, a že s nima ještě neumíme zacházet... ať už je to jóga nebo cokoli jinýho. Dneska, když nějaký knihy o józe čtu, tak tam vyloženě jakoby varují před nějakýma duchovníma praktikama, že bez vedení zkušenýho mistra by mohly být nebezpečný. Ale to já jsem třeba tenkrát vůbec nevěděla a ani jsem se nepokoušela o něco konkrétního

Otázka č. 27:

Za kterým odborníkem jsi zašla nejprve?

O tom už jsme mluvily.

Tak já to shrnu: Ty jsi teda byla hospitalizovaná a...

Já si myslím, že jsem asi nikdy neměla úplně pocit, že - nebo rozhodně ne třeba v těch počátcích nějak - nebo já nevím kolem toho gymplu třeba nebo nějak potom těsně... že bych s nějakým svým problémem měla jít za nějakým odborníkem... Nikdy. Mě to jako vůbec nenapadlo. Buď jsem s tím byla sama. Pak si myslím, že můj přítel hodně... měl určitým způsobem i nějaký jako kdyby psychologický nadání, svým způsobem, bych řekla, že dokázal naslouchat a dokázal nějak ty věci prostě vidět. Hlavně to pro něj nějak nebyla překážka, že mám tady ty problémy. Takže to možná bylo vždycky o těch soukromých vztazích. Jemu jsem důvěřovala hodně. Prostě to bylo i takový, že jsem ani neměla moc kamarádů jinejch kromě něho, protože se mi vlastně stalo, že přechodem z jedné školy na druhou mě opustili nějaký kamarádi, který prostě byli a prostě pak už nebyli. S přechodem z Prahy do Ústí. Nevím, to je

jedno. Najednou jsem zůstala sama s nim, v jeho světě jako kdyby... a jedinej, s kým jsem jako hodně mluvila byl on. Nebo občas se objevil nějakej blízkej člověk, ale docela zřídka, ale spíš to bylo přes lidi. (...)

Já jsem začala studovat teologii – kolik mi bylo? 26 nebo 27? Nějak tak. Takže prostě nějaký takovejhle vztah k nějaký jako duchovní autoritě konkrétní, kdy se prostě v mém životě objevil konkrétní člověk, to se stalo až v té době.

To myslíš toho kněze... (o tom jsme se bavily ještě mimo rozhovor, ve stejný den, kdy jsme se sešly kvůli rozhovoru.)

Třeba no. Ale spíš taky jako možná kamarády.

Asi spíš přes kamarády, přes lidi. Nikdy to nebylo, že bych vyhledávala nějakýho odborníka.

Kdy jsi třeba začala chodit k té psychiatrice?

Já jsem měla nařízenýho psychiatra po propuštění z první nemocnice. Mi byl prostě určený ambulantní lékař a k tomu jsem začala chodit. Chodila jsem k němu několik let. Až potom jsem se rozhodla, že už si to chci řešit jinak a vysadila jsem si prášky a přestala jsem k němu chodit. I jsem mu tehdy říkala, že mi tam nějaký aspekt jakoby víry nebo nějaký náboženskosti nebo něco takovýho, že mi tam prostě chybí v té psychiatrii, a že tomu vlastně nevěřím.

A co Ti na to řekl?

On to jakoby nějak nekomentoval. Akorát to přijal, že já to tak mam.

Když jsem se potom zmínila třeba podruhé nebo něco... nebo třeba vim, že jsem chodila pozdě. Na ty schůzky. A on mi třeba na to řekl: „Vy tím asi do určité míry vyjadřujete svůj přístup k psychiatrii, že jo“, a já jsem řekla: „Jo.“. Prostě: nařídili mi, že tam musím chodit, tak tam chodím, ale přijdu vždycky pozdě. Něco takovýho se tehdy odehrávalo.

Je zvláštní, že Ti nedoporučil někoho, kdo by měl třeba i ten alternativní pohled.

On podle mě nikoho nezná.

Že Ti to ani neporadil, že Ti třeba neřekl: „Zkuste si najít...“ – ne třeba místo něho – ale třeba ještě k němu, někoho, kdo má zároveň trošku...

To ne, on mi radil akorát psychologa. Naprosto tradiční přístup. Ale já jsem možná obecně měla problém vždycky jakoby důvěřovat lidem. Takže než jsem se někomu otevřela, tak prostě fakt jako málo. Hodně málo. Možná, že z toho to jakoby hodně vzniklo, že prostě tam byly přetlaky velký, a pak už máš takovej pocit, že se v Tvym životě dějou tak jiný věci, než v tom životě těch ostatních, že se nějak nedereš, že bys jim to cpala a oni se nějak moc neptaj, protože jim připadáš zamlklá, třeba. Nebo já nevím, jak oni to vnímaj.

Otázka č. 28:

Myslíte si, že jsou dostupné služby pro duševně nemocné dostačující rozsahem a kvalitou?

Ne.

Ty máš asi na mysli spíš tu kvalitu...

Obojí. Mám třeba pocit, že – a to jsem taky někde slyšela, když jsme si začli třeba povídat s tím mym kamarádem terapeutem, že o nějak jakoby pracoval nejenom v Čechách a dělal si nějaký studie, já nevím, kde k tomu všemu jako přišel, ale že on sám říkal, že má pocit, že je mnohem jednodušší ty lidi zpráškovat, než se jim věnovat individuálně. Třeba v nějakých severských zemích se praktikuje úplně opačnej přístup – že psychoterapie je na prvním místě a teprve, když se vidí, že to nefunguje, tak nastupuje medikace. Kdežto tady je: medikace, pak je ten člověk zblblej, není schopnej psychoterapie nebo se prostě zasahuje už v nějaký úplný krizi. Myslim, že to je o přístupu personálu... o všem možným. Prostředí, v jakym lidi jsou, strava, kterou dostávají – už jenom to. Všechno dohromady. Myslim si, že to není dobrý. A myslim si, že je tam hodně málo kladený důraz na respektování toho člověka a že on sám by měl rozhodovat o svym zdraví. A taky – to si myslim, že funguje celkově ve zdravotnictví tak, že to asi není vyjímka nějaká psychiatrie – že prostě ten člověk by měl bejt zpravenej úplně o každym kroku, kterej s nim ten lékař hodlá udělat – ať se to týká změny léků, přemístění na jiný oddělení, tak ten člověk by měl mít možnost se k tomu vyjádřit. Je

možný, že jsou ty lidi ve stavu, kdy toho nejsou schopný, ale... možná, že i tak – třeba si to uvědoměj zpětně, že s nima bylo hezky zacházeno. Nebo jsou toho schopný trochu, a to, že jim tu zodpovědnost za svůj život dáme, tak to toho člověka vede k tomu, že si jí uvědomí. Ale pokud se má člověk handrkovat o to, že o sobě chce rozhodovat sám, to mi přijde úplně celý na levačku.

Já jsem těmi službami myslela i tu návaznou péči... Nejenom hospitalizace, medikace, psychoterapie.

To s tím souvisí. Ono toho není zase tolik, i když si myslím, že už se to vyvíjí, a že ty snahy jsou.

Příloha č. 4: Rozhovor č. 4 (úryvek)

Pavel, 40 let, socioterapeut

Otázka č. 1:

Kdy jste u sebe zaznamenal první příznaky schizoafektivní poruchy?

Kdy? No, tak to bylo před nějakými patnácti lety – v podstatě jsem byl poprvý jako hospitalizovaný, takže někdy v tom roce 97/98.

Takže to Vám bylo...

25.

Otázka č. 2:

Setkal jste se předtím, než Vám tahle porucha propukla s někým, kdo má podobnou nebo stejnou diagnózu?

Moje sestra. Ale ta měla spíš paranoidní schizofrenii.

A to je mladší sestra?

Mladší. O tři roky.

A jí tedy ta paranoidní schizofrenie propukla dříve než Vám ta Vaše porucha?

Rok přede mnou.

Někdo jiný v rodině, třeba rodiče nebo prarodiče...

Ne, vůbec.

[Akorát] nějaký prapředeek, můj praděda si odnes trauma z I. světové války. Ztáhnul se, měl nějakou sociální fobii a prostě nezpracovaný trauma z války, nedokázal vůbec fungovat, museli se o něj starat.

Otázka č. 3:

Co se ve Vašem životě od propuknutí schizoafektivní poruchy podle Vás změnilo?

(Vidíte teď některé věci jinak? Změnily se nějak Vaše hodnoty?)

Jak bych to řek... Jsem se předtím cítil takovej hodně zdravěj a silnej, hodně takovej fyzicky „nadupanej“ a ta nemoc mně přivodila spíš takovou únavu, díky vedlejším účinkům léků a takovej jako útlum a můžu říct trochu ztrátu vůle a takovou možná i lenost nebo podléhání těm vedlejším účinkům těch léků. Ale já jsem tady z toho důvodu ty léky moc nebral a měl jsem pak jako další a další ataky. Vždycky po roce, po dvou, přišla další ataka.

Vám tedy vadila ta únava, vadily Vám ty vedlejší účinky...

Mně vadily ty prášky, až teďkonc v posledních dvou letech беру medikaci, která má minimální vedlejší účinky. Jsem schopnej s tím nějak jako dobře fungovat.

Máte teď z něčeho víc strach / cítíte nějakou úzkost (oproti tomu období před propuknutím poruchy)?

Ani ne. Já jsem se možná bál dřív, když udeřila ta ataka – že skončím někde na „chroňáku“ a nebudu schopnej se nějak o sebe postarat.

Na „chroňáku“?

Na „chroňáku“ v léčebně.

Ale to mě opustilo. Já bych řek, že strach úplně nemám.

Otázka č. 4:

Jak vidíte svou budoucnost?

Myslíte si, že Vás / ji (budoucnost) tato zkušenost (s nemocí) nějak ovlivní?

Nepochybně. Já to mám tak trošku nalajnovaný, že pracuju v tý pomáhací sféře v oblasti duševního onemocnění, takže trochu jako kozel dělám zahradníka. A tady v tý sféře míním zůstat. Mám, kde bydlet. Mám takovou představu, že budu žít v nějakym partnerskym vztahu, ale nevím, jestli budu mít vlastní děti. V tom mě to trošku ovlivňuje – vnímám, že

nejsem schopnej nějaký větší výkonostní pracovní zátěže a nevím, jestli jsem schopnej snášet nějaký stresy okolo vlastní rodiny a tady těch věcí.

Otázka č. 5:

Našel jste si mezi duševně nemocnými nějaké nové přátele?

Jo, nepochybně.

Otázka č. 6:

Jaké jsou Vaše záliby?

Hudba, zpěv, četba. Ted' vlastně i studium vyšší odborný sociálně – právní školy. Dálkově. Výlety, historie.

Otázka č. 7:

Měl jste jiné záliby před a jiné po propuknutí nemoci? Nebo vidíte tam nějaký posun nebo změnu?

Ty záliby jsou takový podobný pořád.

Nestalo se tedy, že byste se musel něčeho vzdát, nebo že by Vás třeba přestalo něco bavit?

Před propuknutím ataky jsem se věnoval historickému šermu a potom jsem s tím nějak skončil, ale to bych nepřičítal tady tomu.

Otázka č. 8:

Změnila nějak Vaše nemoc vztahy a atmosféru doma?

Spíš je v tý původní rodině trochu změnila. Zvýšila úzkost mojí matky – najednou viděla, že obě děti maj nějaký závažný duševní onemocnění a ...

Příloha č. 5: Vzorový dotazník (nevyplněný)

Dotazník – schizofrenie

- 1. Napište, prosím, stručně, co víte o schizofrenii. (Nemusí to být žádné odborné poznatky... Stačí, když napíšete, co se Vám vybaví.)**
- 2. Máte ve svém nejbližším okolí někoho, kdo trpí schizofrenií? (rodina, partner, nejbližší přátelé)**
- 3. Co vidíte jako největší problém (nevýhodu) lidí, kteří trpí schizofrenií?**
- 4. Znáte nějaká zařízení / organizace ve Vašem městě, která / é se věnují schizofrenikům (případně duševně nemocným obecně)?**
- 5. Vyvolávají - ve Vás osobně – schizofrenici nějaké (jakékoli) obavy?**
Pokud ano – jaké?
- 6. Myslíte si, že by Vás člověk – schizofrenik mohl něčím obohatit?**
- 7. Myslíte si, že laická veřejnost trpí vůči schizofrenikům nějakými předsudky? Pokud ano – jakými?**
- 8. Vadilo by Vám, kdyby ve Vaší těsné blízkosti (např. na stejném patře) bydlel člověk, o kterém byste věděli, že mu byla diagnostikována schizofrenie?**
- 9. Myslíte si, že schizofrenici mohou být nebezpeční?**
Pokud ano – jak například?

10. Jakékoli další připomínky:

Věk: _____

Muž / žena (nehodící se škrtněte)

Povolání: _____

Vzdělání: _____ (ZŠ, SŠ, VOŠ, VŠ)

Příloha č. 6: Vzorový dotazník (vyplněný)

Dotazník – schizofrenie

- 1. Napište, prosím, stručně, co víte o schizofrenii. (Nemusí to být žádné odborné poznatky... Stačí, když napíšete, co se Vám vybaví.)**
 - rozdvojena osobnost

- 2. Máte ve svém nejbližším okolí někoho, kdo trpí schizofrenií? (rodina, partner, nejbližší přátelé)**
 - ne

- 3. Co vidíte jako největší problém (nevýhodu) lidí, kteří trpí schizofrenií?"**
 - zmatek v zivote

- 4. Znáte nějaká zařízení / organizace ve Vašem městě, která / é se věnují schizofrenikům (případně duševně nemocným obecně)?**
 - ne

- 5. Vyvolávají - ve Vás osobně – schizofrenici nějaké (jakékoli) obavy?**

Pokud ano – jaké?

 - jenom obavy, ze si muzou neco udelat

- 6. Myslíte si, že by Vás člověk – schizofrenik mohl něčím obohatit?**
 - jenom by jsem uvidel jak ta choroba vypada nazivo

- 7. Myslíte si, že laická veřejnost trpí vůči schizofrenikům nějakými předsudky?**

Pokud ano – jakými?

 - ani ne

8. Vadilo by Vám, kdyby ve Vaší těsné blízkosti (např. na stejném patře) bydlel člověk, o kterém byste věděli, že mu byla diagnostikována schizofrenie?

- ne

9. Myslíte si, že schizofrenici mohou být nebezpeční?

Pokud ano – jak například?

- zaleží podle toho k jaky osebe ma druhe sklony

10. Jakékoli další připomínky:

- ne

Věk: _____ 21 _____

Muž / ~~žena~~ (nehodící se škrtněte)

Povolání: _____ student _____

Vzdělání: _____ sš _____ (ZŠ, SŠ, VOŠ, VŠ)

Příloha č. 7: Vzorový dotazník (vyplněný)

Dotazník – schizofrenie

1. Napište, prosím, stručně, co víte o schizofrenii. (Nemusí to být žádné odborné poznatky... Stačí, když napíšete, co se Vám vybaví.)

Nemoc u lidí, která je možná od narození nebo i později, rozdvojení mysli osobnosti

2. Máte ve svém nejbližším okolí někoho, kdo trpí schizofrenií? (rodina, partner, nejbližší přátelé)

Ano, manželka přítele

3. Co vidíte jako největší problém (nevýhodu) lidí, kteří trpí schizofrenií?

Dlouhodobá léčba, uzavřenost jednotlivce, je to psychicky nemocný člověk

4. Znáte nějaká zařízení / organizace ve Vašem městě, která / é se věnují schizofrenikům (případně duševně nemocným obecně)?

Neznám

5. Vyvolávají - ve Vás osobně – schizofrenici nějaké (jakékoli) obavy?

Pokud ano – jaké?

Ne

6. Myslíte si, že by Vás člověk – schizofrenik mohl něčím obohatit?

Nemyslím

7. Myslíte si, že laická veřejnost trpí vůči schizofrenikům nějakými předsudky? Pokud ano – jakými?

Ano, že mohou mít zkratové jednání

8. Vadilo by Vám, kdyby ve Vaší těsné blízkosti (např. na stejném patře) bydlel člověk, o kterém byste věděli, že mu byla diagnostikována schizofrenie?

Nevadilo

**9. Myslíte si, že schizofrenici mohou být nebezpeční?
Pokud ano – jak například?**

Ano, mohou být agresivní

10. Jakékoli další připomínky:

Nemám

Věk: 49

Muž / ~~žena~~ (nehodící se škrtněte)

Povolání: manažer

Vzdělání: SŠ

Shrnutí (Summary)

Název práce: Sociální práce s lidmi se schizofrenií

Title: Social Work with People with Schizophrenia

Autor práce: Bc. Marcela Mládková

Diplomová práce „Sociální práce s lidmi se schizofrenií“ pojednává o celkové životní situaci lidí, do jejichž života, v jeho určité fázi, vstoupila zkušenost se schizofrenií nebo s podobnou nemocí ze stejného okruhu. Teoretická část práce představuje základní fakta o schizofrenii - o průběhu této nemoci a o možnostech její léčby, a snaží se také nastítnit, jaké jsou možnosti tzv. „návazné péče“, tzn. péče, kterou mohou lidé se schizofrenií vyhledat po své bezprostřední léčbě, tedy většinou poté, co byli hospitalizováni a poté, co vstoupili do péče psychiatra a začali užívat psychofarmaka a docházet na psychoterapii. Jedním z cílů této práce je zmapovat situaci v ČR, respektive hlavně v Praze a zjistit, jaké jsou reálné možnosti lidí se schizofrenií po tom, co se po atace vrací do „běžného“ života a snaží se normálně žít, pracovat, bydlet, navazovat vztahy, věnovat se svým zálibám a podobně.

Diploma thesis “Social Work with People with Schizophrenia” deals with global life – sustaining situation of people who have in some part of their lives the experience with schizophrenia or with some similar disease from the same range. Theoretical part of this work presents basic facts about schizophrenia – about the course of this disease and about the treatment possibilities and also tries to outline – how are the possibilities of “successive care” it means the care which people with schizophrenia can find after their hospitalization after they enter the psychiatric care and start to use medicine and start attending psychotherapy. One of the aims of this thesis is to map how the real possibilities are for the people with schizophrenia after they return after their psychotic episode to “regular” life and try to live normally how to work, start relationships, engage in their hobbies etc.